

Ministerio de Salud Pública de Ecuador (MSP)

Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Estudio sobre preferencias y/o percepciones en
el uso de métodos anticonceptivos modernos
(MAC) entre adolescentes, hombres y mujeres,
de 10 a 19 años

INFORME FINAL

Paula Hermida Bermeo

Enero 2022

Contenido

1. Antecedentes	4
2. Objetivos del estudio.....	5
3. Lugar y duración del estudio	6
4. Población del estudio	6
5. Marco conceptual	7
6. Diseño metodológico.....	10
7. Diseño Muestral.....	12
8. Consideraciones éticas	14
9. Recolección de datos.....	16
10. Procesamiento y análisis de los datos	19
11. Resultados del componente cuantitativo	20
11.1 Caracterización de la muestra: datos demográficos	21
11.2 Uso y preferencia de métodos anticonceptivos.....	23
11.3 Percepciones sobre MAC	31
11.4 Conocimientos y fuentes de información sobre MAC	46
11.5 Acceso a MAC y uso de servicios de SSSR.....	56
12. Resultados del componente cualitativo	66
12.1 Percepciones sobre la actividad sexual y uso de MAC entre adolescentes.....	67
12.2 Actitudes y barreras asociadas al uso limitado de MAC	70
12.3 Preferencias de MAC entre adolescentes.....	76
12.4 Percepciones sobre los implantes	79
12.5 Percepciones sobre los condones masculinos	80
12.6 Percepciones sobre la inyección anticonceptiva	83
12.7 Percepciones sobre los anticonceptivos orales	84
12.8 Percepciones sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE)	85
12.9 Percepciones sobre los condones femeninos	86
12.10 Percepciones sobre los Dispositivos Intrauterinos (DIU)	88
12.11 Percepciones sobre el acceso a MAC y a servicios de SSSR	89
12.12 Cualidades buscadas en los servicios de SSSR.....	93
13. Principales hallazgos del componente cuantitativo	95
14. Principales hallazgos del componente cualitativo	98

15.	Discusión de los resultados.....	101
16.	Entrega de MAC en establecimientos del MSP	105
17.	Recomendaciones para mejorar el acceso a MAC entre adolescentes.....	108
	ANEXOS	114

Estudio sobre preferencias y/o percepciones en el uso de métodos anticonceptivos modernos (MAC) entre adolescentes, hombres y mujeres, de 10 a 19 años

INFORME FINAL

1. Antecedentes

La salud sexual y salud reproductiva (SSSR) de adolescentes constituye una prioridad de los países a nivel mundial y latinoamericano, así como un derecho cuyo ejercicio está respaldado por diversos instrumentos internacionales y nacionales. En el Ecuador, la Constitución de la República en su Art. 32, referente al derecho a la salud, establece que:

“El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”(1).

Este mandato constitucional se ha operativizado a través de diversos documentos de política pública emitidos en épocas recientes, entre ellos, el Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017-2021, y la Política Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes 2018– 2025, los cuales brindan directrices en materia de SSSR dirigidas a los actores públicos y privados del Sistema Nacional de Salud.

Este último documento, en particular, responde a la situación del país caracterizada por altas tasas a nivel nacional de embarazos de niñas y adolescentes, particularmente entre aquellas con menor nivel de educación y que sufren mayor pobreza, así como un aumento en la tasa de embarazo entre niñas menores a 14 años lo cual tiene una preocupante vinculación a la violencia sexual. Ante ello, establece la importancia de que la población adolescente acceda a información, educación y servicios de salud sexual y salud reproductiva, que viabilicen la toma de decisiones libres y responsables en el marco del ejercicio de sus derechos. Esto incluye el poder acceder a “información actualizada, científica y veraz sobre educación integral de la sexualidad, así como acceso a métodos anticonceptivos modernos, que incluya métodos de larga duración y anticoncepción oral de emergencia”(2).

En alineación con esta política pública, desde el 2019 el Ministerio de Salud Pública (MSP) lleva adelante el *Proyecto de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes 2019-2022 (PPENA)*, cuyo primer componente propone fomentar la atención integral y amigable para adolescentes en sus tres niveles de atención, basados en un enfoque de derechos, con énfasis en la promoción de la salud.

Para contribuir a la consecución de este objetivo, el MSP ha considerado importante realizar un estudio orientado a conocer los puntos de vista y preferencias de la población adolescente en

cuanto al uso de métodos anticonceptivos modernos (MAC), cuyos resultados constituirán un insumo importante para comprender las necesidades de anticoncepción de este grupo etario y consecuentemente informar los procesos técnicos de oferta de anticoncepción que se llevan a cabo desde la institución rectora de la salud a nivel nacional. Comúnmente, estos procesos se han fundamentado en un análisis del “consumo promedio mensual” para calcular las necesidades de medicamentos y dispositivos médicos de planificación familiar. Sin embargo, esta información puede no ser suficiente para guiar el aprovisionamiento y oferta de anticoncepción moderna para adolescentes, pues existen diversos factores que inciden en la elección y uso de MAC dentro de este grupo poblacional, a la vez que el “consumo promedio mensual” puede presentar un panorama sesgado debido a que los servicios de salud pública muchas veces experimentan desabastecimiento de ciertos tipos de MAC(3).

El estudio aquí descrito, realizado con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), aspira a suplir la necesidad de información sobre el tema, mediante la recopilación y análisis de datos y puntos de vista de adolescentes de varias localidades del país sobre sus percepciones, preferencias y uso de anticoncepción moderna, contribuyendo de este modo a fortalecer la prestación de servicios integrales y amigables de salud sexual y reproductiva para adolescentes que realiza el MSP en el primer nivel de salud.

2. Objetivos del estudio

El objetivo general del estudio es identificar las percepciones y/o preferencias de adolescentes de 10 a 19 años respecto al uso de anticonceptivos modernos (MAC), así como los factores que influyen en estas preferencias, en cuatro provincias priorizadas, con el fin de generar información que aporte a los procesos de oferta y entrega efectiva de métodos anticonceptivos. En el grupo de adolescentes de 10-14 años de edad, el estudio se enfoca en comprender las percepciones que existen sobre los MAC, mientras que en el grupo de 15-19 años, se enfatiza la comprensión de las preferencias y uso de MAC.

Objetivos específicos

1. Identificar percepciones y/o preferencias respecto a los MAC que poseen las y los adolescentes, así como sus conocimientos generales sobre los mismos.
2. Identificar los principales factores o motivaciones que influyen en las preferencias y/o percepciones que tiene la población adolescente sobre los MAC.
3. Analizar cómo las percepciones y preferencias de MAC varían en función de determinadas variables entre la población adolescente.
4. Analizar cómo las percepciones y preferencias de MAC, pueden estar vinculadas a barreras de acceso reconocidas, particularmente aquellas relacionadas con los servicios de SSSR y el contexto sociocultural.
5. Cotejar las preferencias de MAC identificadas con los datos disponibles de entrega de MAC a adolescentes en establecimientos del MSP, y generar recomendaciones para que la población adolescente acceda de forma efectiva a anticoncepción.

3. Lugar y duración del estudio

El estudio se desarrolló entre el mes de agosto de 2021 y el mes de enero de 2022 en cuatro provincias predefinidas: 1) Morona Santiago; 2) Esmeraldas; 3) Manabí, y 4) Chimborazo, que corresponden a las Coordinaciones Zonales del MSP No. 6, No. 1, No. 4 y No. 3, respectivamente. Las provincias fueron seleccionadas en virtud de ser territorios donde se registraron cifras altas de embarazo adolescente durante el año 2020 y, a la vez, por su representatividad de la diversidad geográfica del país.

4. Población del estudio

La población del estudio comprende el conjunto de adolescentes, mujeres y hombres, entre 10 y 19 años de edad, residentes de las provincias de Chimborazo, Esmeraldas, Manabí y Morona Santiago que forman parte de los Clubes de Adolescentes anclados a los Servicios de Salud Integrales y Amigables para Adolescentes de los establecimientos de salud del primer nivel de atención del MSP.

Los clubes de adolescentes se definen como “un espacio social de participación voluntaria de los y las adolescentes en el cual se generan relaciones sociales con vínculos entre pares, potenciando el desarrollo de sus habilidades, capacidades, proyecto de vida, autonomía e incidencia en la toma de decisiones sobre su salud, salud sexual y salud reproductiva”(4).

Los Clubes de Adolescentes están vinculados a la implementación del Proyecto de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes 2019-2022 (PPENA), que incorpora entre sus componentes “el fortalecimiento de la participación de las y los adolescentes en espacios comunitarios vinculados al Ministerio de Salud Pública, como una estrategia empoderadora para la toma de decisiones libres y responsables sobre su sexualidad y reproducción, el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos y la prevención de la violencia sexual”(4). Consecuentemente, en el 2019 el MSP emitió un documento de *Lineamientos Operativos para la conformación y funcionamiento de clubes de adolescentes en el nivel zonal*, de tal forma que para el 2020 se habían conformado 1544 clubes de adolescentes a nivel nacional anclados a establecimientos de salud del primer nivel de atención.

Durante el año 2020, y debido a la pandemia por la Covid-19, se dio un período de inactividad del Proyecto en el territorio, lo cual implicó un detenimiento o reducción de las actividades presenciales con los clubes de adolescentes. En agosto y septiembre de 2020, el MSP estableció que “muchos establecimientos de salud fueron retomando las actividades del proyecto incluyendo el trabajo con los clubes de adolescentes para su reactivación, para ello, han implementado modalidades alternativas como la virtual, visitas domiciliarias y algunas actividades presenciales (con las restricciones de bioseguridad y distanciamiento) y otras estrategias que permiten dan continuidad al trabajo con los y las adolescentes”(4). El MSP también destacó que la reactivación de los clubes había sido principalmente en modalidad virtual y que la participación presencial de los adolescentes seguía siendo limitada.

Ante la situación, el MSP emitió directrices y lineamientos para reactivar los clubes que se encuentren inactivos y para fortalecer aquellos en actividad. Es importante notar que las estrategias de reactivación contemplan el fortalecimiento de actividades virtuales, lo cual implica que existe un proceso ya iniciado de vinculación con las y los adolescentes a través de tecnologías de la información, como aplicaciones de internet y aplicaciones de mensajería, y esto es un factor que se ha tomado en cuenta al incorporar la ejecución de una encuesta en línea en este estudio.

A continuación, se presentan datos sobre la cantidad de adolescentes que participan en los clubes de adolescentes en cada provincia y sobre la composición de los clubes de adolescentes respecto a las variables sexo y grupo de edad.

Tabla 1. Clubes de adolescentes por provincia priorizada

Provincia	No. Clubes adolescentes	Número de adolescentes integrantes de clubes				
		TOTAL	Hombres	Mujeres	10 a 14 años	15 a 19 años
Esmeraldas	98	1539	564	975	651	888
Chimborazo	52	979	585	394	454	525
Morona Santiago	56	839	367	472	397	442
Manabí	95	1104	468	636	545	559
Total	301	4461	2071	2390	2371	2090

Fuente: Proyecto de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes 2019-2022 (PPENA)

5. Marco conceptual

Uno de los retos más importantes del país en el ámbito de la salud sexual y reproductiva de adolescentes es enfrentar la alta tasa de embarazos de niñas y adolescentes que se mantiene desde hace años, y que colocan al Ecuador entre los países con mayor cantidad de embarazos adolescentes en la región. De acuerdo a datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), en el año 2015, cada día aproximadamente 7 niñas menores de 14 años fueron madres en Ecuador, mientras que, entre las adolescentes de 15 a 19 años, en promedio, 158 fueron madres cada día(2). Otra estadística alarmante de la misma fuente es que, entre las niñas menores de 14 años, 8 de cada 10 embarazos fueron producto de violencia sexual. De acuerdo a Estadísticas Vitales del INEC, la Tasa Específica de Fecundidad en Adolescentes (TEFA) para el año 2020, fue de 2 nacidos vivos por cada 1000 adolescentes de 10 a 14 años de edad, que corresponde a un total de 1.631 nacidos vivos, hijos de niñas en este rango de edad. Así también se registra una TEFA de 54.6 nacidos vivos por cada 1000 adolescentes de 15 a 19 años de edad, que corresponde a un total de 43.260 nacidos vivos, hijos de madres de este rango de edad(5). Adicionalmente, los riesgos obstétricos son hasta 4 veces mayores en las embarazadas menores de 15 años en comparación con el resto de embarazadas(2).

El análisis a nivel país concluye que el embarazo en niñas y adolescentes responde “a un conjunto de determinantes sociales y económicos, como la pobreza, la aceptación del matrimonio o uniones tempranas dentro de las comunidades y la familia; los esfuerzos inadecuados para mantener a las niñas y adolescentes en la escuela, la falta de educación integral de la sexualidad, el poco acceso a servicios de SSSR, incluidos métodos anticonceptivos de larga duración, la violencia basada en género y la violencia sexual principalmente”(2).

Las estadísticas disponibles sobre acceso a MAC entre adolescentes son preocupantes. De acuerdo a datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) del 2012, el 39.2% de adolescentes entre 15 y 19 años ha iniciado una vida sexual activa. El 7,5% tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años, mientras que el 30,1% la tuvo antes de los 18 años. Un 67.7% de adolescentes y jóvenes del sexo femenino entre 15 y 24 años no utilizaron un método anticonceptivo en su primera relación sexual y entre las principales razones de ello fueron no haber previsto tener relaciones sexuales, no conocer sobre los métodos y no poder obtenerlos(6).

La falta de acceso y uso de métodos anticonceptivos entre la población adolescente ha sido un tema abordado en estudios que buscan comprender cuáles son los obstáculos que impiden o desmotivan el uso de MAC. Por lo general, los estudios sobre barreras suelen abordar las barreras geográficas y económicas, las barreras sociales y culturales, y las barreras relacionadas a la prestación y organización de los servicios de SSSR(7,8).

Igualmente, se han hecho investigaciones que buscan entender las preferencias y la elección de MAC al interior de este grupo etario. Una parte de estos estudios se centran en la aceptabilidad de los métodos en función de características evaluadas por las usuarias y usuarios (p. ej. efectividad, facilidad de uso, efectos secundarios, entre otros). En el contexto latinoamericano, por ejemplo, en el año 2017 se realizó un estudio cuantitativo basado en una encuesta aplicada a 116 adolescentes mujeres usuarias de MAC de Chile enfocado en definir las características de MAC apreciadas o rechazadas por adolescentes mujeres que acceden a anticoncepción(9). Éste determinó que los principales métodos utilizados fueron el inyectable, seguido de la píldora anticonceptiva y el condón. Entre los factores más importantes para elegir un MAC se encontraban en orden de frecuencia los siguientes: 1) eficacia para evitar embarazo; 2) protección contra ITS; 3) regulación del período menstrual; 4) ausencia de influencia sobre el periodo menstrual; 5) ausencia de riesgo de aumento de peso; 6) ausencia de necesidad de recordar su uso; 7) capacidad de ser reversible rápidamente; 8) ser del gusto de la pareja. Específicamente en el caso del inyectable y del implante, las principales razones para elegir estos métodos fueron el no necesitar recordar su uso y la confianza en su eficacia. Así mismo, el estudio encontró que la principal razón para no elegir el inyectable era la posibilidad de subir de peso, mientras que, en el caso del implante, era el miedo al dolor ocasionado por su colocación y remoción, así como el hecho de tener un objeto extraño en el cuerpo. En el caso de la anticoncepción oral, las razones para preferirla fueron la eficacia y el saber que “otra chica lo usa con éxito”, mientras que las razones más importantes para no elegir la píldora fue el tener que recordar diariamente su uso y la posibilidad de subir de peso(9).

Otras investigaciones sobre elección de anticonceptivos entre adolescentes han privilegiado un enfoque cualitativo antes que cuantitativo, buscando captar la perspectiva de las usuarias y los usuarios, y la relación que existe entre la elección de MAC y los factores propios de su contexto de vida, por ejemplo, características socioeconómicas; las expectativas alrededor de la maternidad; la influencia de la pareja; las relaciones con la familia, los pares y la comunidad; el acceso y provisión de servicios de salud, y las experiencias y actitudes hacia métodos específicos(10).

Además de las variables demográficas de la población adolescente, existe una diversidad de factores que pueden explicar o incidir en la preferencia de anticonceptivos entre la población adolescente, sin embargo, es interesante destacar que varios de los estudios realizados alrededor de la temática han colocado su atención en los siguientes temas:

- Características percibidas de cada tipo de MAC
 - efectividad para prevenir un embarazo;
 - efectos secundarios percibidos (p. ej. aumento de peso; períodos irregulares, problemas de fertilidad futuros)
 - facilidad de uso;
 - protección contra ITS;
 - interferencia con las relaciones sexuales o el placer;
 - duración de cobertura del MAC;
 - nivel de discreción que ofrece el MAC.
- Aspectos relacionados al acceso a MAC
 - facilidad de obtención;
 - necesidad de consulta médica;
 - costo
- Aspectos relacionados al entorno social, familiar y a la relación de pareja
 - actitudes de personas del entorno cercano respecto al uso de MAC (padres, amistades)
 - actitudes de la sociedad relativos al uso de MAC entre adolescentes (aspectos normativos)
 - preferencias y actitudes de la pareja respecto al uso de MAC
- El nivel de familiaridad, información y conocimientos que se tiene sobre cada tipo de MAC.

En función de estas consideraciones, el estudio ejecutado se interesó por indagar no sólo sobre las características propias de los MAC que los adolescentes perciben y valoran, y que probablemente orientan su elección y preferencia de MAC, sino también sobre otros factores que pueden incidir en dicha preferencia, como sus conocimientos generales sobre MAC, las barreras de tipo sociocultural y de tipo institucional que la población adolescente enfrenta para acceder a los MAC, y las opiniones y experiencias de otras personas cercanas sobre anticoncepción. Estos aspectos fueron explorados tanto en el componente cuantitativo como en el componente cualitativo del estudio, aunque con diferente énfasis en cada caso.

6. Diseño metodológico

Se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo transversal, de métodos mixtos quan+QUAL convergente. El componente cuantitativo se organizó alrededor de una encuesta en línea y el componente cualitativo incluyó la aplicación de grupos focales y entrevistas semiestructuradas a profundidad. En el componente cuantitativo se empleó un método de muestreo no probabilístico de tipo propositivo y por cuotas para las variables de sexo y de rango de edad de la población de estudio (10-14 años y 15-19 años).

La motivación de este diseño mixto es obtener un panorama más completo del tema bajo estudio. Mientras que el componente cuantitativo arrojará mediciones sobre las preferencias y opiniones de las y los adolescentes respecto a los MAC, el componente cualitativo se encargará de recopilar y analizar significados, creencias y valores asociados a cada tipo de MAC, a la vez que aproximarse al contexto social de los participantes que también puede afectar la demanda y uso de MAC.

Si bien ambos componentes se desarrollaron simultáneamente, la recolección e interpretación de cada set de datos se llevó a cabo inicialmente de manera separada, para luego reunir y comparar los resultados en la discusión final.

La recopilación de información se realizó en función de estos dos rangos de edad de la población adolescente. En el rango de edad de 10 a 14 años, la investigación se centró más en explorar las percepciones de las y los adolescentes sobre los MAC, mientras que en el rango de edad de 15 a 19 años se buscó identificar tanto percepciones como preferencias de las y los adolescentes respecto al uso de MAC.

Variables del estudio

El presente estudio no buscó establecer posibles relaciones causales entre variables, sino que su alcance llega a explorar posibles asociaciones estadísticas entre algunas de ellas. La siguiente tabla define las principales variables y sus características operativas. Las variables dependientes en este estudio son la preferencia por un tipo de método anticonceptivo moderno, así como la percepción sobre el mejor MAC para uso potencial entre adolescentes. Las principales variables independientes que se explorarán son: edad; sexo; etnicidad; residencia; conocimiento previo sobre anticonceptivos; uso previo de anticonceptivos; facilidad percibida para obtener métodos anticonceptivos; barreras percibidas de acceso a los anticonceptivos.

Tabla 2. Variables del estudio

Variable	Definición operativa	Tipo	Categoría lógica	Ubicación en la encuesta 15-19 años	Ubicación en la encuesta 10-14 años
-Preferencia por métodos anticonceptivos modernos (MAC)	-Identificación de un MAC (Condomes masculinos, Condomes femeninos, Diafragma, Dispositivo intrauterino (DIU), píldora anticonceptiva, anticonceptivo Inyectable, Implante subdérmico, anticoncepción oral de emergencia, otro) como el preferido por quien responde la encuesta.	Variable categórica (cualitativa) multinomial	Variable dependiente	Pregunta C12	---
- Percepción sobre el mejor método anticonceptivo para adolescentes	- Identificación de un MAC que se percibe como el mejor para uso potencial entre adolescentes, por parte de quien responde la encuesta.	Variable categórica (cualitativa) multinomial	Variable dependiente	Pregunta C11	Pregunta D11
-Edad	-Años de vida cumplidos de quien responde la encuesta.	Variable cuantitativa discreta	Variable independiente	Pregunta A3	Pregunta A3
-Sexo	-Autoidentificación como hombre o mujer por parte de quien responde la encuesta.	Variable categórica (cualitativa) binomial	Variable independiente	Pregunta A1	Pregunta A1
-Identidad de género	-Autoidentificación con alguna de las opciones sobre género (mujer; hombre; no me identifico como mujer u hombre; transgénero femenino/mujer trans; transgénero masculino/hombre trans; otra opción; aún no lo sé; prefiero no contestar) por parte de quien responde la encuesta.	Variable categórica (cualitativa) multinomial	Variable independiente	Pregunta A2	Pregunta A2
-Etnicidad	-Autoidentificación como perteneciente a alguna de las nacionalidades (14 nacionalidades) o pueblos del Ecuador (afroecuatoriano/a; montubio/a); más las categorías mestizo/a, blanco/a u otro.	Variable categórica (cualitativa) multinomial	Variable independiente	Pregunta A6	Pregunta A6

-Residencia	-Cantón donde vive quien responde la encuesta,	Variable categórica (cualitativa) multinomial	Variable independiente	Pregunta A9	Pregunta A9
-Estado civil	-Autoidentificación como soltero/a, casado/a, en unión libre, otro.	Variable categórica (cualitativa) multinomial	Variable independiente	Pregunta A13	Pregunta A13
-Paridad	-Número de hijos que ha tenido quien responde la encuesta	Variable cuantitativa discreta	Variable independiente	Pregunta A14	Pregunta A14
-Escolaridad	-Último año escolar aprobado de educación básica o bachillerato, según respuesta en la encuesta.	Variable categórica (cualitativa) ordinal	Variable independiente	Pregunta A11	Pregunta A11
-Conocimiento previo sobre métodos anticonceptivos modernos	-Métodos modernos que quien responde la encuesta afirma haber conocido o conocer actualmente: Condones masculinos, Condones femeninos, Diafragma, Dispositivo intrauterino (DIU), Píldora anticonceptiva, Inyectable anticonceptivo, Implante anticonceptivo, Anticoncepción de emergencia, Otro.	Variable categórica (cualitativa) multinomial	Variable independiente	Pregunta B4	Pregunta B4
-Uso previo anticonceptivos	-Uso de anticonceptivos en cualquier tiempo previo a la encuesta, por quien responde la encuesta.	Variable categórica (cualitativa) binomial	Variable independiente	Pregunta C3	---
-Facilidad percibida para obtener anticonceptivos	-Percepción de cuán fáciles para los adolescentes obtener métodos anticonceptivos en el lugar donde viven.	Variable categórica (cualitativa) multinomial	Variable independiente	Pregunta E2	Pregunta E2
-Barreras percibidas de acceso a los anticonceptivos	-Percepción sobre principales barreras para el no uso de anticonceptivos por los adolescentes.	Variable categórica (cualitativa) multinomial	Variable independiente	Pregunta E3	Pregunta E3

7. Diseño Muestral

Componente cuantitativo

Para el componente cuantitativo del estudio, dentro del universo se construyó una muestra de tipo propositiva, no probabilística, en dos etapas y por cuotas. En la primera etapa muestral seleccionamos tres clubes de adolescentes en cada una de las cuatro provincias, para un total de doce clubes. Los criterios de selección de estos clubes fueron: a) que el club se haya formado y haya estado operativo hace al menos un año; b) que la composición de adolescentes en el club

sea diversa en cuanto a rangos de edad y el sexo; c) que el número de adolescentes que integran el club no sea muy pequeño (seleccionamos clubes que tengan más de 25 adolescentes activos); d) que su ubicación sea razonablemente accesible geográficamente, y e) que a juicio del profesional del establecimiento de salud responsable por el club, sus integrantes tengan una actitud en general colaborativa y participativa. La selección de establecimientos se realizó con la participación y orientación de los funcionarios a nivel central y zonal del MSP del Proyecto de Prevención de Embarazo en Niñas y Adolescentes (PPENA).

En la segunda etapa del muestreo se seleccionarán dentro de cada club los adolescentes que participarían en la encuesta. Los criterios de selección para los adolescentes dentro de cada club fueron: a) tener entre 10 y 19 años cumplidos de edad; b) estar participando de las actividades del club de adolescentes; c) asentir a la participación en el estudio; y d) contar con el consentimiento informado de los padres o representantes.

Para calcular el tamaño de la muestra se estableció un nivel de confianza del 95%, un universo de aproximadamente 4461 adolescentes en los clubes de las cuatro provincias priorizadas, un margen de error preestablecido del 8% y una ocurrencia estimada de la variable de interés en el universo del 50%; con estos parámetros el tamaño de la muestra requerida es de 146 adolescentes. Para calcular el tamaño muestral, con los valores indicados, usamos la siguiente fórmula:

$$\text{Tamaño de la muestra} = \frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2} \div \left(1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right) \right)$$

Se esperó tener una tasa de no-respuesta a la firma del consentimiento informado de aproximadamente el 50%. Esto significaba que para lograr el tamaño de muestra deseada (146), se necesitaría enviar el consentimiento –para firma de los padres- al doble de adolescentes del número en la muestra, es decir, enviar el consentimiento a alrededor de 292 hogares. Este número implica que se requería enviar el consentimiento para firma a todos los adolescentes de los 12 clubes que con aproximadamente 25 integrantes.

Se definió la aplicación de un muestreo proporcional por cuotas para las variables de sexo y grupos de edad. En caso de que la muestra compuesta por adolescentes que cumplen los criterios de selección difiera significativamente del universo y sus proporciones en cuanto a sexo y edad, se ajustaría excluyendo aleatoriamente individuos hasta que las proporciones de estas variables tengan un grado de similitud deseado entre la muestra y el universo.

A fin de que las proporciones de las variables sexo y grupo de edad en la muestra calculada de 146 adolescentes se correspondan con las proporciones del universo, se identificó que las cantidades de hombres y mujeres, así como de cada grupo de edad, debían ser las que aparecen en la Tabla 3.

Tabla 3. Composición de muestra proporcional según variables de interés

Variable	Porcentaje en universo	Muestra proporcional
Hombres	46%	67
Mujeres	54%	79
10 a 14 años	54%	79
15 a 19 años	47%	69

Componente cualitativo

El reclutamiento de participantes para cada grupo focal se hizo en función de dos criterios de selección: que los participantes pertenezcan a uno de los dos rangos de edad (10-14 o 15-19) y que la composición del grupo focal sea balanceada para ambos sexos. Se planificó llevar a cabo al menos un grupo focal en cada provincia priorizada, idealmente en iguales proporciones en cuanto al rango de edad, es decir, dos grupos focales con participantes de 10-14 años en dos provincias, y dos grupos focales con participantes de 15-19 años. Además, se pensó escoger dos provincias para realizar un grupo focal adicional, de manera que, en total, se ejecutarían 6 grupos focales.

Para reclutar a los participantes de las entrevistas semiestructuradas se empleó un método de muestreo a través de informantes clave, de tal forma que se solicitó al personal de los establecimientos del MSP que refieran a la investigadora a aquellos adolescentes considerados informantes clave en virtud de demostrar mayor liderazgo y participación dentro de los clubes juveniles, lo cual suponíamos habría aportado a su conocimiento de las realidades sobre la salud sexual y reproductiva de la población adolescente en su localidad. Se proyectó realizar 16 entrevistas en total, 4 en cada provincia priorizada.

8. Consideraciones éticas

En concordancia con los principios éticos nacionales e internacionales que rigen la protección de los seres humanos en la investigación¹, el estudio planificó obtener el consentimiento informado de los padres de las y los adolescentes participantes, así como el asentimiento de los adolescentes

¹ Entre estos documentos se destaca la Declaración de Helsinki, redactada en 1964 por la Asociación Médica Mundial, a menudo considerada el documento más importante sobre normas éticas internacionales para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Entre los estándares para la protección de sujetos en la investigación, este documento definió la necesidad de contar con el consentimiento informado de quienes participen voluntariamente en las investigaciones y, en el caso de participantes que no tengan la capacidad de otorgar el consentimiento por sí mismos, la necesidad de obtener dicho consentimiento de parte de sus representantes legales. Concomitantemente, también se definió como requerimiento el obtener el acuerdo o asentimiento de los participantes que no sean capaces de dar su consentimiento para participar en las investigaciones.

entre 10 y 18 años, antes de administrar las encuestas y llevar a cabo las entrevistas y grupos focales.

Para ello se tomó en consideración que las entidades de Naciones Unidas, incluido el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), definen la adolescencia como el periodo transcurrido en el segundo decenio de la vida de los seres humanos (entre 10 y 19 años), a la «adolescencia temprana» como el periodo entre los 10 y 14 años y a la «adolescencia tardía» como el periodo entre los 15 y 19 años. En Ecuador, el Código de la Niñez y Adolescencia determina que niño o niña es la persona que no ha cumplido doce años de edad, mientras que adolescente es la persona entre doce y dieciocho años.

Esto significa que, en el caso de Ecuador, los adolescentes de 10 a 19 años incluyen a personas menores de edad que no pueden otorgar su consentimiento autónomo para participar en una investigación, razón por la cual se solicitó el consentimiento de los padres o representantes legales de todos los adolescentes pertenecientes a los clubes seleccionados. Si bien los adolescentes menores a 18 años no poseen autonomía para dar su consentimiento, tienen el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que les afecte y decidir si desean participar o no en un estudio, por lo cual también se solicitó los asentimientos de los adolescentes integrantes de cada club.

El formulario de consentimiento informado incluyó la siguiente información: 1) propósito del estudio; 2) la razón por la cual él o la adolescente fue invitado a participar; 3) los posibles beneficios sociales que se obtendrán de este estudio y los posibles riesgos; 4) los procedimientos en los cuales participará el participante; 4) cómo se mantendrá la confidencialidad de los participantes; 5) el carácter voluntario de la participación y el derecho a rehusar la participación sin ninguna penalización y sin perjudicar su relación con el establecimiento de salud, el club de adolescentes, o las personas afiliadas a la investigación; 6) el derecho a rehusar contestar preguntas específicas o interrumpir la participación en cualquier momento sin penalización; 7) información sobre a quién contactar para obtener respuestas a preguntas sobre la investigación; 8) solicitud de permiso para grabar y tomar notas. El formulario de asentimiento utilizó un lenguaje adecuado a la edad de las y los adolescentes para transmitir esta misma información. El Anexo 1 contiene los formularios utilizados.

Para la solicitud de llenado de los formularios de consentimiento informado por parte del padre o madre de familia de las y los adolescentes participantes, o por parte de sus representantes, así como para la solicitud de llenado de los asentimientos o acuerdos de participación de todos los adolescentes pertenecientes a cada club, se contó con el apoyo de los responsables zonales del PPENA de Esmeraldas, Manabí, Chimborazo y Morona Santiago, quienes trabajaron con los profesionales de salud del MSP responsables de los clubes de adolescentes seleccionados en cada provincia.

En algunos clubes se convocó a los padres a reuniones presenciales para socializar el estudio y solicitar el consentimiento para la participación de sus hijas e hijos; en otros establecimientos se pidió a las y los adolescentes que entreguen los formularios de consentimiento a sus padres o

representantes para que puedan ser llenados y devueltos al centro de salud. En general, el proceso de obtención de consentimientos y asentimientos fue exitoso, pues un porcentaje mayoritario de padres, madres, representantes y adolescentes pertenecientes a los clubes seleccionados, accedieron a la participación en el estudio.

A fin de garantizar la confidencialidad de las y los participantes del estudio, las encuestas se administraron de manera anónima, mientras que, en el caso de las entrevistas y grupos focales, se otorgó a cada instrumento llenado códigos alfanuméricos en lugar del nombre propio de los adolescentes participantes. En los grupos focales se solicitó a los participantes no compartir con nadie fuera del grupo los contenidos de la sesión por respeto a la privacidad y confidencialidad de cada persona. Cualquier mención a personas o nombres específicos hecha en grupos focales o entrevistas se reemplazó en las transcripciones y reportes por códigos u otro tipo de identificadores.

Asimismo, para precautelar la seguridad y confidencialidad de la información proporcionada por los participantes, los datos (grabaciones de audio, transcripciones y demás archivos informáticos) se almacenaron de manera segura en una computadora protegida con clave de seguridad, a la cual tuvo acceso únicamente la investigadora principal y personal del equipo de investigación. La computadora, así como los archivos en su interior, se almacenaron en la oficina de la investigadora principal, la cual cuenta con seguridades físicas y a la que tuvo acceso únicamente la investigadora.

Finalmente, es importante señalar que la investigación no requirió la aprobación de un Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH), puesto que la Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud del Ministerio de Salud Pública emitió un memorando oficial Nro. MSP-CGDES-2021-0509-M (Anexo 2), a través del cual aprobó la ejecución del presente estudio considerando que forma parte de estrategias de mejora de calidad de la atención que se brinda en el marco de un proyecto prioritario de la Autoridad Sanitaria Nacional.

9. Recolección de datos

Componente cuantitativo

La encuesta en línea sobre preferencias y/o percepciones de adolescentes sobre MAC se aplicó entre adolescentes activos de los 12 clubes seleccionados, los cuales funcionan adscritos a los establecimientos del primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública del Ecuador en las cuatro provincias priorizadas por el estudio: Esmeraldas (clubes Las Palmas, Borbón, San Lorenzo), Chimborazo (clubes Riobamba, Alausí, Chambo), Manabí (clubes Manta, Horacio Hidrovo, Portoviejo) y Morona Santiago (clubes Indanza, FISCH Sucúa e INNFA). A través de la encuesta se exploró información sobre variables agrupadas en los siguientes temas: a) datos demográficos de los adolescentes; b) conocimientos y fuentes de información sobre métodos anticonceptivos (MAC) modernos; c) uso y preferencia de MAC (solo para adolescentes de 15-19 años); d) percepciones sobre MAC y, e) acceso a MAC y uso de servicios de salud sexual y reproductiva. Se recolectó información sobre estas variables a través de un cuestionario

elaborado en dos versiones específicas, una para cada rango de edad (de 10 a 14 años y de 15 a 19 años), pues en el caso de los adolescentes de 10 a 14 años, el instrumento no incluyó preguntas sobre el uso y preferencia actual de MAC.

La encuesta se administró a través de la plataforma digital SurveyMonkey. Si bien la encuesta por su naturaleza virtual podría ser accedida y llenada de diversas maneras entre los adolescentes que cumplían con los criterios de selección (a través de links enviados al correo electrónico o celular de los participantes), el equipo de investigación optó por la generación de links o enlaces individualizados para cada centro de salud. Los links o enlaces corresponden a una dirección URL específica que puede ser copiada en un buscador de internet para acceder al sitio virtual de la encuesta. Estos links se utilizaron para que la encuesta sea administrada presencialmente en computadoras de cada centro de salud. Se consideró que esta opción era adecuada porque probablemente permitiría aumentar el número de adolescentes que efectivamente completen la encuesta. Para cada establecimiento de salud seleccionado se generaron dos links, uno correspondiente a la encuesta para adolescentes de 10 a 14 años y otro correspondiente a la encuesta de 15 a 19 años. De esta manera fue posible monitorear cómo avanzaba el llenado de encuestas en cada provincia y establecimiento de salud. En términos cronológicos, la encuesta se habilitó para llenado desde el día 13 de octubre de 2021 y las últimas encuestas completadas se registraron el 16 de noviembre de 2021.

Componente cualitativo

El trabajo de campo para la recolección de datos cualitativos se llevó a cabo en las cuatro provincias del estudio de acuerdo a un cronograma de visitas previamente consensuado y coordinado con el equipo del PPENA a nivel central y zonal. Antes de cada visita, los responsables zonales del PPENA, junto con los responsables de los clubes de adolescentes, tomaron en consideración los criterios de selección para determinar qué adolescentes participarían en las entrevistas (selección por informantes clave) y que adolescentes participarían en los grupos focales (selección por rangos de edad). En cada provincia se realizaron al menos 4 entrevistas y 1 grupo focal. De acuerdo a lo planificado, en Esmeraldas y Manabí se hicieron dos grupos focales en lugar de uno solo.

En total se realizaron 19 entrevistas semiestructuradas y se admitieron 17 en función de los criterios de selección: 11 fueron hechas a adolescentes mujeres y 6 a adolescentes hombres; a su vez, 13 entrevistas corresponden al grupo de edad de 15 a 19 años, y 4 al grupo de edad de 10 a 14 años.

Con pocas excepciones, las entrevistas y grupos focales se llevaron a cabo dentro de los establecimientos de salud, en lugares que ofrecieron un nivel adecuado de privacidad. Cada entrevista duró un promedio de 60 minutos, mientras que los grupos focales tomaron aproximadamente 1 hora y media. En la Tabla 3 se describen los principales datos de las entrevistas llevadas a cabo en cada provincia.

Tabla 4. Entrevistas semiestructuradas realizadas por provincia

Provincia	Establecimiento/Club	Localidad	Código	Sexo	Edad	Etnicidad
Manabí	Centro de Salud de Portoviejo	Portoviejo	ME1	F	14	Mestiza
	Centro de Salud de Portoviejo	Portoviejo	ME2	F	18	Mestiza
	Centro de Salud de Portoviejo	Portoviejo	ME3	F	14	Mestiza
	Centro de Salud de Portoviejo	Portoviejo	ME4	F	14	Mestiza
Esmeraldas	Unidad Anidada de Borbón	Borbón	EE1	F	17	Mestiza
	Unidad Anidada de Borbón	Borbón	EE2	F	17	Negra
	Unidad Anidada de Borbón	Borbón	EE3	F	19	Negra
	Unidad Anidada de Borbón	Borbón	EE4	M	16	Negro
	Unidad Anidada de Borbón	Borbón	EE5	M	15	Mestizo/Afro
	Unidad Anidada de Borbón	Borbón	EE6	F	15	Afro
Chimborazo	Centro de Salud No. 1 Riobamba	Riobamba	CHE1	F	16	Mestiza
	Centro de Salud No. 1 Riobamba	Riobamba	CHE2	M	12	Mestizo
	Centro de Salud de Chambo	Chambo	CHE3	F	16	Mestiza
	Centro de Salud de Chambo	Chambo	CHE4	M	15	Mestizo
Morona Santiago	Centro de Salud FICSH	Comunidad Asunción	MSE1	M	19	Nacionalidad Shuar
	Centro de Salud FICSH	Comunidad Asunción	MSE2	F	16	Nacionalidad Shuar
	Centro de Salud FICSH	Asunción	MSE3	F	21	Nacionalidad Shuar
	Centro de Salud INNFA	Tundayme (Vía Zoom)	MSE4	F	17	Nacionalidad Shuar
	Centro de Salud INNFA	Tundayme (Vía Zoom)	MSE5	M	17	Nacionalidad Shuar

En concordancia con lo planificado se realizaron 6 grupos focales, 4 grupos focales con adolescentes de 15 a 19 años, y 2 grupos focales con adolescentes de 10 a 14 años. La composición de los grupos focales en cuanto al sexo de los participantes fue balanceada en tres de los seis casos, con la excepción notable del grupo focal realizado en Alausí que solo incluyó participantes del sexo femenino. Los grupos focales realizados con los clubes del Centro de Salud de Manta y del Centro de Salud de Méndez presentaron dificultades para su ejecución, en el primer caso debido a que la mayoría de adolescentes convocados dijeron no pertenecer al club, por lo que el número de participantes se redujo notablemente y, en el segundo caso, debido a que el grupo focal tuvo que realizarse de forma virtual, pero sin contar con una buena señal de internet y recepción del audio desde el Centro de Salud de Méndez, lo cual afectó la fluidez del diálogo. La Tabla 4 resume información sobre los grupos focales llevados a cabo.

Tabla 5. Grupos focales realizados por provincia

Provincia	Establecimiento/Club	Localidad	Rango de edad	No. Participantes	Sexo
Manabí	Centro de salud Horacio Hidrovo	Centro Comunitario Ceibos Renacer	15 a 19 años	10	6 M 4 F
	Centro de salud Tipo C Manta	Manta	10 a 14 años	3	2 M 1 F
Esmeraldas	Centro de salud Tipo C San Lorenzo	San Lorenzo	15 a 19 años	9	5 F 4 M
	Unidad Anidada de Borbón	Borbón	10 a 14 años	10	6F 4M
Chimborazo	Unidad Anidada de Alausí	Alausí (Asilo Hogar Manuel Galecio)	15 a 19 años	11	11 F
Morona Santiago	Centro de Salud Méndez	Méndez (vía Zoom)	15-19 años	6	4 M 2 F

El Anexo 3 contiene fotografías que registran parte del trabajo de campo llevado a cabo en las diferentes provincias.

10. Procesamiento y análisis de los datos

Componente cuantitativo

La información recopilada en la encuesta en línea aplicada a los participantes, fue procesada y analizada estadísticamente exportando los datos desde la plataforma SurveyMonkey a Microsoft Excel. Se realizó el análisis descriptivo de las variables obteniendo porcentajes y números absolutos. Se analizaron todas las variables separadamente por grupos de edad y por sexo. Los resultados estadísticos se presentaron en tablas de frecuencia y gráficos de barras.

Se llevó a cabo un análisis exploratorio de asociación estadística (no causal) entre variables de importancia como, por ejemplo, preferencia por MAC y grupo étnico, preferencia por MAC y provincia del club, y otras, a través de la prueba Chi-cuadrado de Pearson, en algunos casos usando la corrección de Yates. Se consideraron asociaciones significativas entre las variables analizadas, si la probabilidad obtenida en esta prueba fuera $p < 0,05$.

Componente cualitativo

El procesamiento de las entrevistas y grupos focales involucró, en primer lugar, la labor de transcripción de las grabaciones que se hicieron con el consentimiento de los participantes. En un segundo momento, una vez que las entrevistas y grupos focales fueron transcritos, inició el proceso de codificación de la información. La codificación constituye un primer nivel de análisis de los datos e implica la organización y clasificación del texto en categorías y subcategorías temáticas que corresponden a códigos y subcódigos. Para la codificación se utilizó el software de análisis cualitativo *Atlas ti*, que apoya la labor de asignar dichos códigos y subcódigos a las

unidades de análisis (unidades básicas de texto significativo, por ejemplo, párrafos o citas), a la vez que organiza los códigos en grupos.

Dentro de este proceso, se elaboró un libro o listado inicial de códigos desde una óptica deductiva, es decir, guiado por las temáticas generales abordadas en las guías de entrevistas y grupos focales. No obstante, este listado de códigos estuvo abierto a modificación desde una óptica inductiva de acuerdo a los patrones de información detectados en los datos.

Una vez que el proceso de codificación concluyó, por medio del software se generaron reportes para cada código, los cuales constituyen documentos de Word o Excel que contienen todas las unidades de análisis correspondientes a cada código. Teniendo como insumo estos reportes, se realizó un análisis minucioso de la información clasificada bajo cada código para identificar los principales patrones y hallazgos de los datos, y también para seleccionar aquellas citas o pasajes de texto que sirven para ilustrar los puntos de vista de los participantes.

11. Resultados del componente cuantitativo

La cantidad total de encuestas recolectadas fue 457; el número de encuestas para los grupos de edad de 10 a 14 años y de 15 a 19 años fue de 256 y 201, respectivamente, como se muestra en la Tabla 6. En todos los clubes seleccionados se recolectó al menos 20 encuestas. En general, la tasa de respuesta esperada fue mayor a la esperada y, por lo tanto, el número de encuestas recopiladas fue mucho mayor que el cálculo hecho en el diseño muestral.

Tabla 6. Encuestas por club de adolescentes y por grupo de edad

Establecimiento de salud / Club	10 a 14	15 a 19	Total por Club	Total por provincia
ESMERALDAS				91
Unidad Anidada de Borbón	12	10	22	
Centro de Salud San Lorenzo	11	19	30	
Centro de Salud Las Palmas	27	12	39	
MANABÍ				169
Centro de Salud Manta Tipo C	55	28	83	
Centro de Salud Horacio Hidrovo	27	29	56	
Centro de Salud Portoviejo	23	7	30	
CHIMBORAZO				115
Centro de Salud Chambo	32	15	47	
Centro de Salud Riobamba No. 1	34	4	38	
Unidad Anidada de Alausí	0	30	30	
MORONA SANTIAGO				82
Centro de Salud Indanza	18	15	33	
Centro de Salud INNFA	5	21	26	
Centro de Salud FICSH	12	11	23	
Subtotales	256	201	457	457
TOTAL	457			

En función de la participación voluntaria de los sujetos de estudio y lo dispuesto en el consentimiento informado, las y los encuestados estaban en libertad de dejar en blanco cualquier pregunta de la encuesta que no desearan contestar. En virtud de ello, se ha incluido el numerador y denominador de la mayoría de las respuestas analizadas, de modo que sea posible visualizar el total de respondientes en cada caso.

Los resultados de la encuesta en línea que se presentan a continuación describen los hallazgos para cada pregunta en función de dos variables principales: grupo de edad (10-14 años y 15-19 años), y sexo de las y los participantes.

11.1 Caracterización de la muestra: datos demográficos

Del total de encuestados en la muestra, 66% (294) fueron mujeres y 34% (152) fueron hombres, mientras que estos valores fueron de 60% (2.668) y 40% (1.793) en el universo. La Tabla 6 muestra una comparación entre la distribución por sexo y grupo de edad en el universo compuesto por los adolescentes de todos los clubes de las 4 provincias priorizadas, con los mismos valores en la muestra del estudio.

Tabla 7. Distribución por sexo y grupos de edad del universo y de la muestra de adolescentes

Variable	Universo	Muestra
Hombres	1793 (40%)	152 (34%)
Mujeres	2668 (60%)	294 (66%)
Totales	4461 (100%)	446 (100%)
Grupo 15-19 años	2414 (54%)	201 (44%)
Grupo 10-14 años	2047 (46%)	256 (56%)
Totales	4461 (100%)	457 (100%)

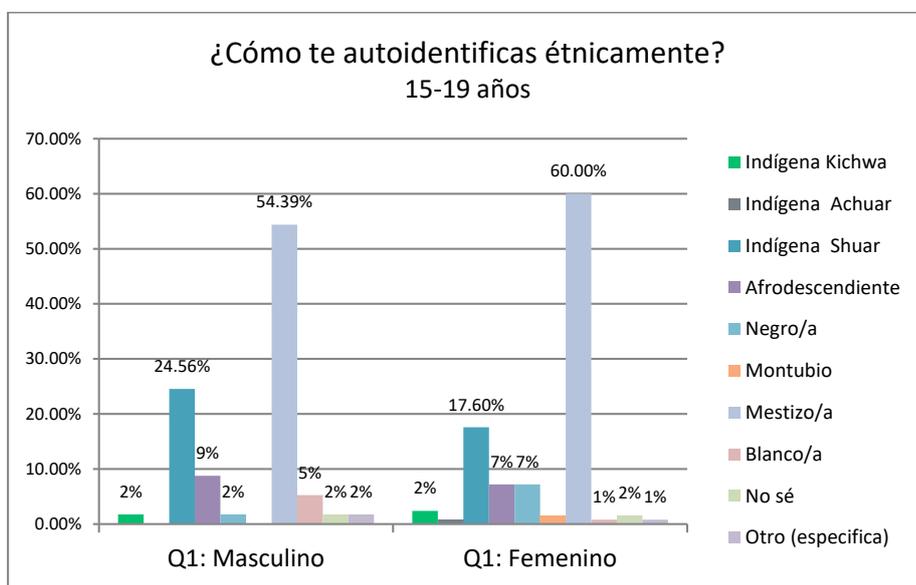
Como se puede apreciar, en las dos variables más importantes de interés (sexo y grupo de edad), la proporción en la muestra final se aproxima razonablemente a las proporciones de las mismas variables en el universo. Por esta razón hemos decidido no hacer un ajuste del tamaño de la muestra por cuotas, y consideramos que será necesario si el análisis se realiza en el total de encuestados sin diferenciarlos por sexo y grupo de edad, en cuyo caso la proporción de esas variables en la muestra deberá aproximarse mucho más a las proporciones del universo. En el presente reporte, el análisis de cada pregunta de la encuesta se hace por separado para sexo (hombres y mujeres) y para grupo de edad (10-14 años y 15-19 años), sin descartar por ajuste ninguna encuesta llenada, ampliando así la muestra proyectada originalmente.

En cuanto a identidad de género, en el grupo de 15-19 años, 64% se definieron como mujeres y 29% como hombres, 2% indicó que “prefiere no responder”, 2% “aún no lo sé”, y 3% otras

variadas respuestas como “soy una niña”, “hombre responsable”, “todos merecen respeto”. En el grupo 10-14 años, un 66% se identificó como mujer, 31% como hombre, y 2.4% prefirió no contestar.

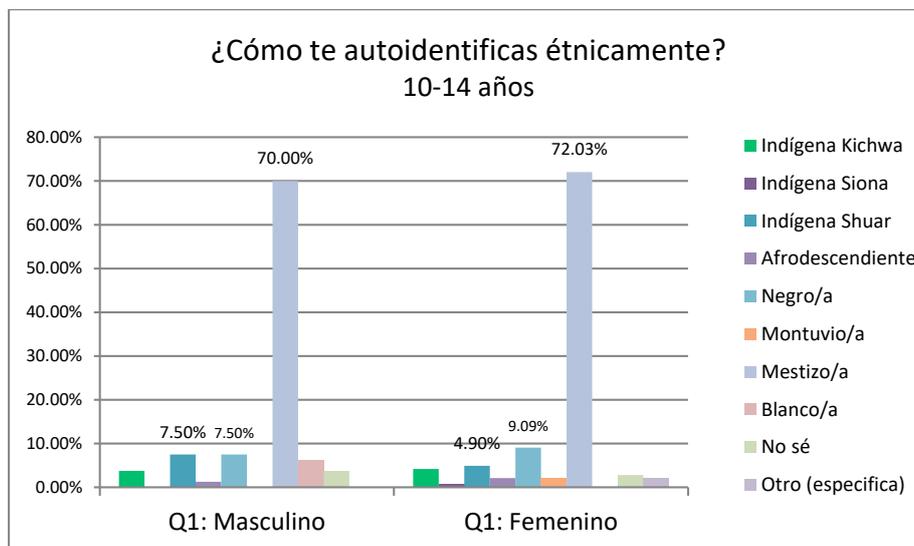
En ambos grupos de edad, la gran mayoría nacieron en Ecuador (96% en grupo 15-19, y 97% en el grupo 10-14 años). En la variable etnicidad por autoidentificación, en el grupo 15-19 años, los tres grupos étnicos más numerosos fueron: a) mestizo, que se autoidentificó en un 60% (75/125) en mujeres y 54% (31/57) de hombres; b) Shuar, que correspondió a 18% (22/125) en mujeres y 25% (14/57) en hombres y, c) afrodescendiente con 7% (9/125) en mujeres y un 9% (5/57) de hombres. Un 2% de hombres (1/57) y 2% de mujeres (3/125) se identificaron con el grupo étnico Kichwa.

Gráfico 1. Autoidentificación étnica 15-19 años



En el grupo 10-14 años, los tres grupos étnicos más numerosos fueron: a) mestizo, que se autoidentificó en un 72% (103/143) en mujeres y 70% (56/80) en hombres; b) negro, correspondiente a 9% (13/143) en mujeres y 7.5% (6/80) en hombres y, c) Shuar, equivalente a 5% (7/143) en mujeres y 7.5% (6/80) en hombres. Un 4% de hombres (3/80) y 4% de mujeres (6/143) se identificaron con el grupo étnico Kichwa.

Gráfico 2. Autoidentificación étnica 10-14 años



La gran mayoría de los adolescentes encuestados, 89% en ambos grupos de edad, están asistiendo a la escuela o el colegio. La mayoría de los encuestados viven con sus padres y hermanos, 76% en el grupo 15-19 años, y 88% en el grupo de 10-14 años. Todos los adolescentes hombres y el 97% de las mujeres de 15-19 años son solteros, así como el 97% de los hombres y el 98% de las mujeres en el grupo 10-14 años.

En el grupo de 15-19 años, nueve adolescentes mujeres (7%) y ninguno de los adolescentes hombres indicaron tener hijos, mientras que en el grupo de 10-14 años, un adolescente hombre y una adolescente mujer tienen hijos. Siete adolescentes mujeres de 15-19 años respondieron la pregunta sobre el número de hijos: cuatro indicaron tener un hijo, dos indicaron tener dos hijos, y una adolescente indicó tener tres hijos. A la pregunta sobre la edad a la que tuvieron sus hijos, cuatro adolescentes indicaron que fue a los 15 años, dos a los 16, y una a los 17 años de edad.

11.2 Uso y preferencia de métodos anticonceptivos

Considerando que el objetivo central del estudio es identificar las percepciones y/o preferencias de adolescentes de 10 a 19 años, respecto al uso de métodos anticonceptivos modernos (MAC), iniciamos nuestro reporte y análisis por aquellas variables que se refieren al uso y preferencias de MAC en los adolescentes.

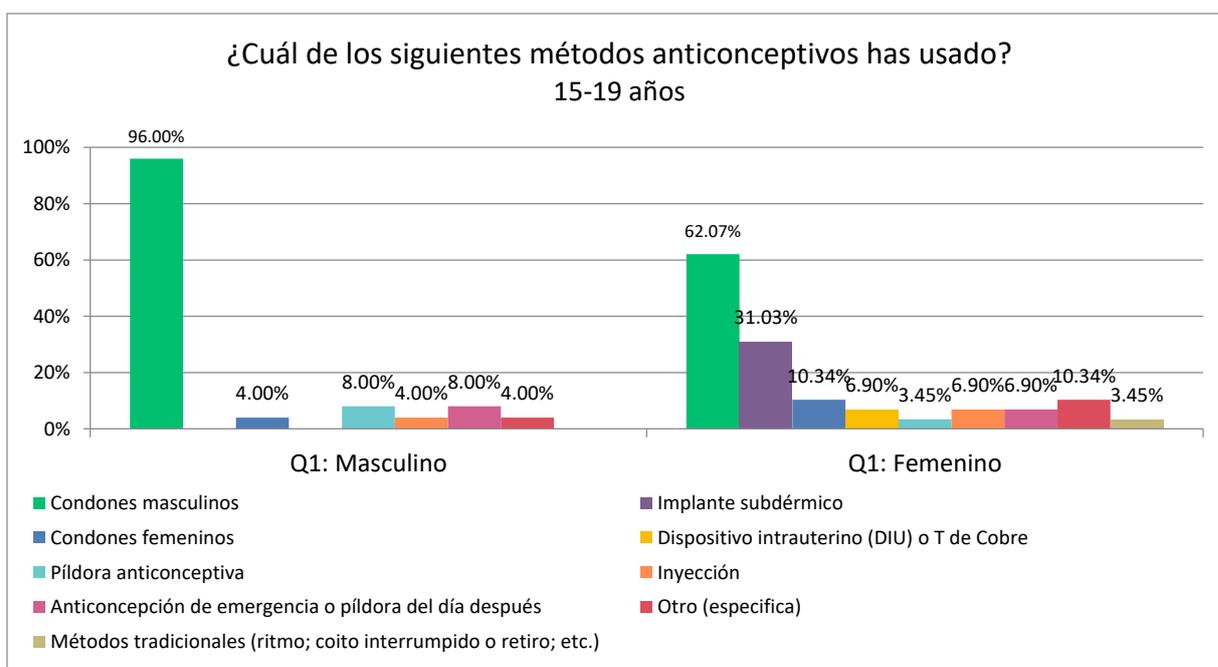
Esta sección de la encuesta se dirigió solamente a los adolescentes de 15-19 años, por lo cual todas las respuestas se refieren solamente a este grupo de edad. Un 51% (27/53) de los hombres y un 27% (31/116) de las mujeres afirmaron haber tenido alguna vez relaciones sexuales. De entre ellos, 70% (19/27) de hombres y 73% (22/30) de mujeres indicaron haber usado alguna vez un método anticonceptivo. Entre quienes dijeron no haber usado un método anticonceptivo, la principal razón fue “no tengo relaciones sexuales muy a menudo” con 63% (10/16), y “no pienso que pueda quedar embarazada, o que mi pareja pueda quedar embarazada” con 19% (3/16). Un

12% indicó “tengo vergüenza de buscar anticonceptivos” y apenas 6% respondió “es difícil obtener anticonceptivos”.

La principal motivación señalada para usar un método fue “prevenir un embarazo” con 78% (21/27) de los hombres y 59% (17/29) de las mujeres, seguida de “prevenir una infección de transmisión sexual con 22% (6/27) de los hombres y 41% (12/29) de las mujeres.

El método que los adolescentes más indican haber usado es claramente el condón masculino, con 96% (24/25) entre los hombres y 62% (18/29) entre las mujeres, seguido del implante subdérmico con 31% (9/29) entre las mujeres, y condones femeninos con 10% (3/29) también entre las mujeres. La prueba de Chi cuadrado (con corrección de Yates) mostró que la asociación (diferencia) entre la variable sexo y el haber usado condones masculinos fue significativa: $\chi^2(1, N=44) = 7.08; p < .01$.

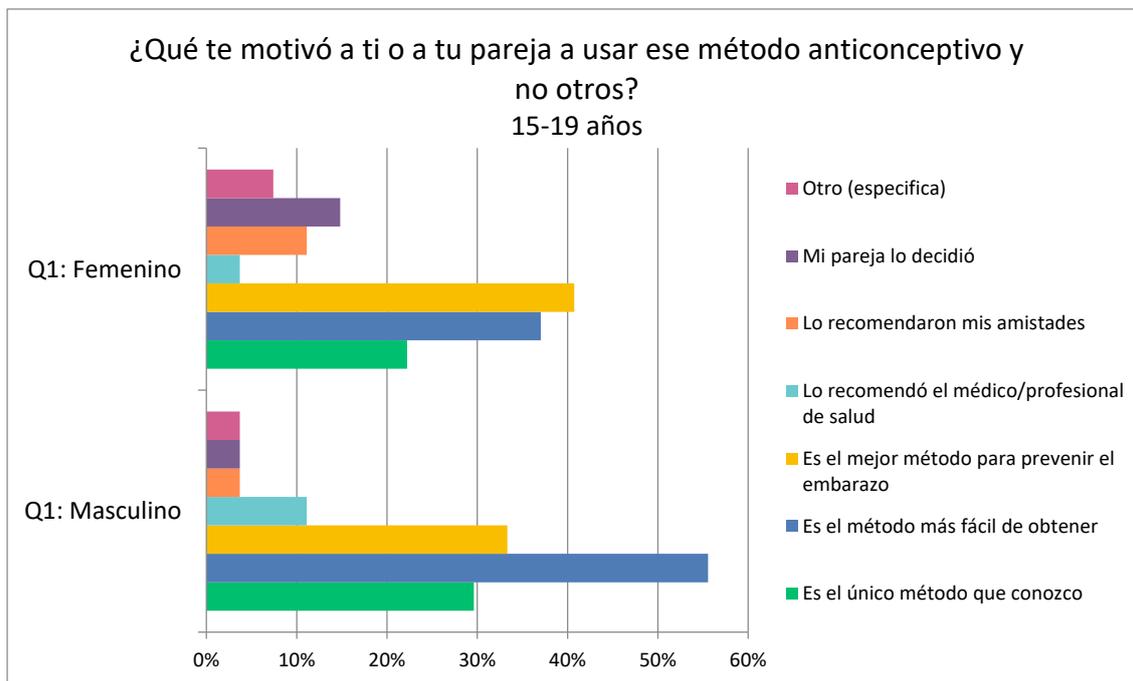
Gráfico 3. Métodos anticonceptivos utilizados



El 73% (19/26) de hombres y 58% (15/26) de mujeres indicaron haber usado el condón masculino la última vez que usaron algún anticonceptivo, seguido del implante subdérmico con 19% (5/26) en mujeres y 4% en hombres, y píldora anticonceptiva con 8% (2/26) en hombres y 4% en mujeres.

En cuanto al motivo para usar ese anticonceptivo y no otros, 56% (15/38) de los hombres y 37% (10/37) de las mujeres respondieron que “es el método más fácil de obtener”, mientras que 33% (9/38) de los hombres y 41% (11/37) de las mujeres indicaron que “es el mejor método para prevenir el embarazo”. El 30% (8/38) de los hombres y 22% (6/37) de las mujeres respondieron que “es el único método que conozco”.

Gráfico 4. Motivación para usar método anticonceptivo



El 67% (35/52) de los encuestados respondió que la experiencia con ese método fue muy buena o buena, 23% (12/52) la calificó de regular y 10% (5/52) de mala o muy mala. El 62% (32/52) obtuvo el método en el establecimiento público de salud y el 37% (19/52) en una farmacia privada. En cuanto a quién suele decidir qué método anticonceptivo usar, la respuesta más frecuente fue “lo conversamos y decidimos juntos” con 53% (19/52), seguida de “yo lo decido” con 32% de los hombres y 21% de las mujeres, y “no conversamos sobre eso” con 20% de los hombres y 14% de las mujeres.

Los métodos anticonceptivos que los adolescentes preferirían usar varían importantemente entre los sexos: 85% (23/27) de los hombres y 31% (9/29) de las mujeres preferirían usar condones masculinos. La prueba de Chi cuadrado (con corrección de Yates) mostró que la asociación entre la variable sexo y la preferencia por condones masculinos fue significativa: $\chi^2(1, N=56) = 14.6; p < .01$. Esto quiere decir que, estadísticamente, sí existe una asociación entre ser hombre o mujer y la preferencia por los condones masculinos frente a otros MAC.

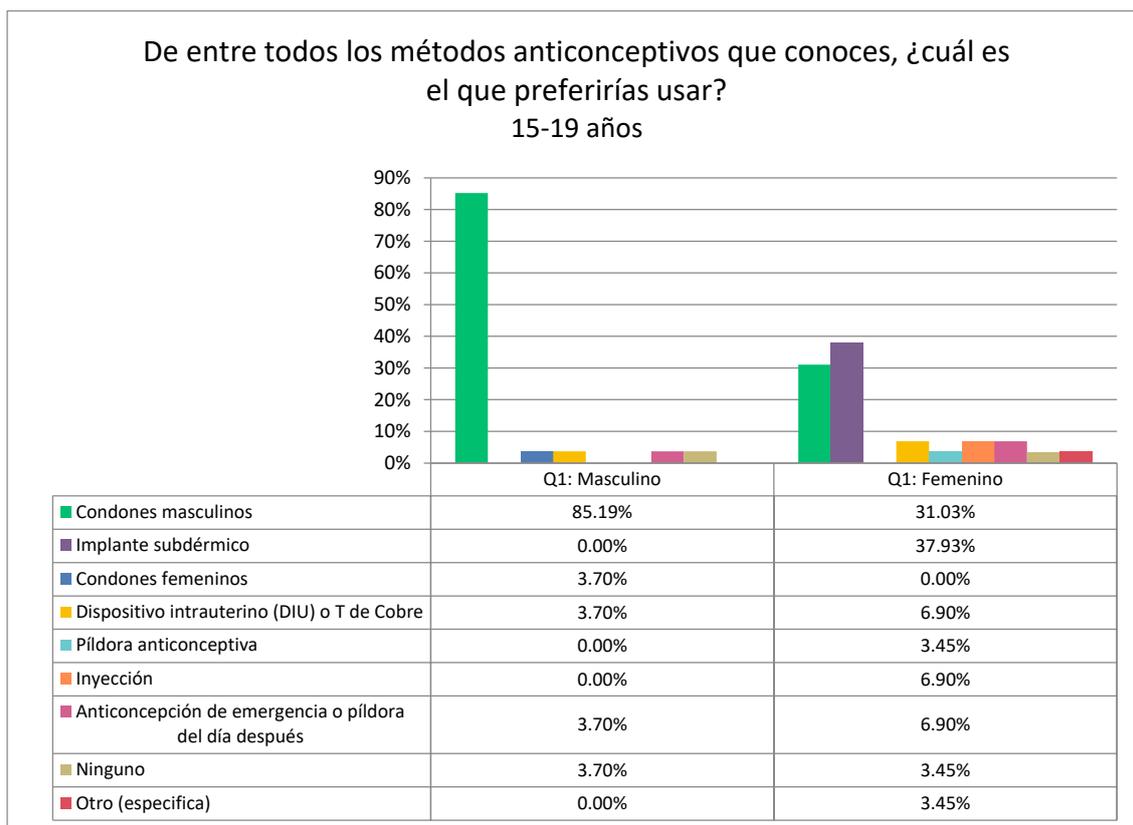
Del total de encuestados de ambos sexos (32/56) que prefirieron condones masculinos, sus razones principales para esta preferencia fueron “es efectivo para prevenir un embarazo” (72%, 23/32 encuestados dieron esta razón), “protege contra infecciones de transmisión sexual” (50%, 16/32) y “es fácil de usar” (41%, 13/32); “no se necesita ir a consulta para obtenerlo” y “es de bajo costo” fueron razones identificadas cada una por un 6% (2/32).

Una mayoría 38% (11/29) de las mujeres y ninguno de los hombres prefiere el implante subdérmico. La razón principal para esta preferencia fue que “es efectivo para prevenir un embarazo” (70%, 7/10). Además, indicaron que “es fácil de usar” (30%, 3/10), que “se puede usar

sin que se note” (30%, 3/10), y que “protege contra infecciones de transmisión sexual” (30%, 3/10).

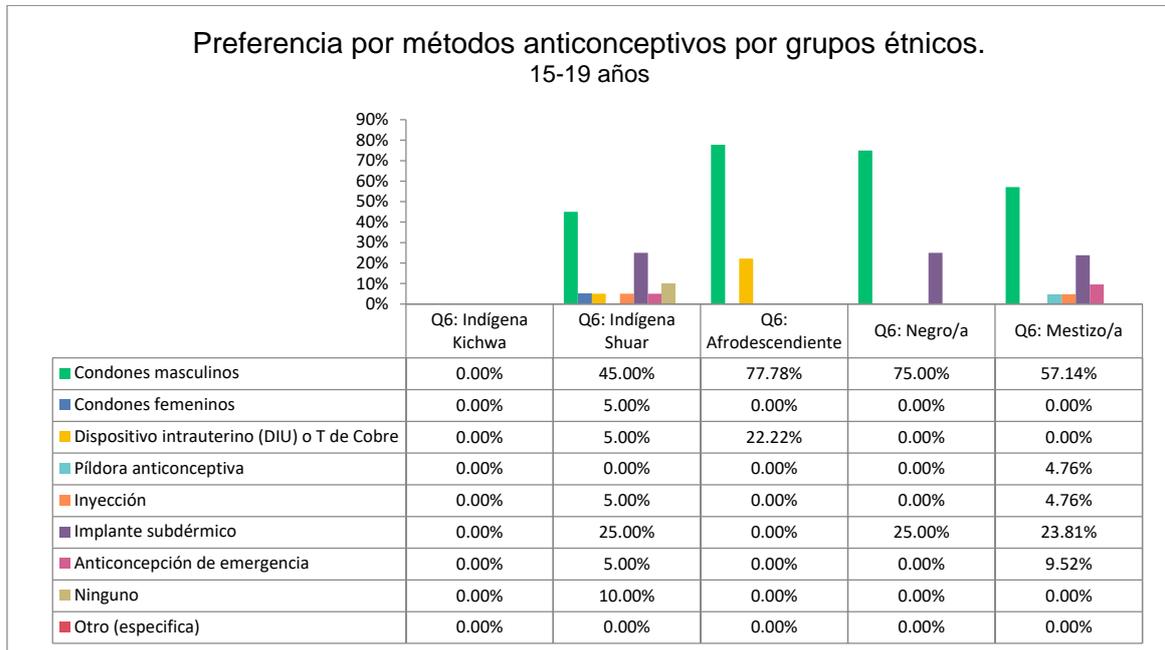
La anticoncepción de emergencia y el dispositivo intrauterino tienen valores similares: 7% (2/29) de las mujeres y 4% (1/27) de los hombres los prefieren. La inyección es preferida por 7% (2/29) de las mujeres y ninguno de los hombres.

Gráfico 5. Preferencia de métodos anticonceptivos



Se exploró la asociación entre etnicidad y preferencia por un método anticonceptivo. El siguiente gráfico muestra los resultados.

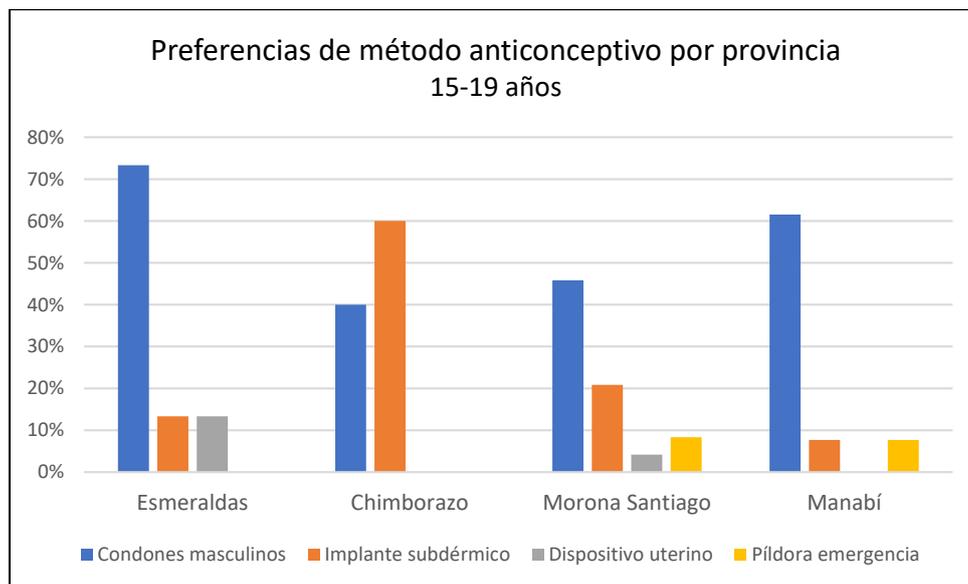
Gráfico 6. Preferencia de MAC según etnicidad



Entre las y los adolescentes de grupos étnicos representados en la muestra, ninguno del grupo étnico Indígena Kichwa reportó haber usado anticonceptivos y por lo tanto ninguno respondió esta pregunta. Los adolescentes de los otros cuatro grupos étnicos más numerosos en la muestra identificaron mayoritariamente los condones masculinos como el método que preferirían usar (rango 45%-78%), con una notable diferencia respecto a los demás métodos. El método que ocupó el segundo lugar en preferencia para todos los grupos étnicos mayoritarios fue el implante subdérmico (rango 24%-25%). El único grupo étnico que señaló una preferencia por la anticoncepción de emergencia fue el mestizo (10%). Los otros métodos tuvieron valores muy bajos comparativamente. La prueba de Chi cuadrado para buscar asociación entre la variable grupo étnico y preferencia por condones masculinos en comparación a preferencia por otro MAC, no fue significativa: $\chi^2(1, N=70) = 2.07; p > .05 (.5565)$. Esto significa que no hubo asociación entre pertenecer a uno de los grupos étnicos indicados y preferir condones masculinos en comparación a otro MAC.

El siguiente gráfico muestra la preferencia de métodos anticonceptivos según provincia de donde provinieron las encuestas.

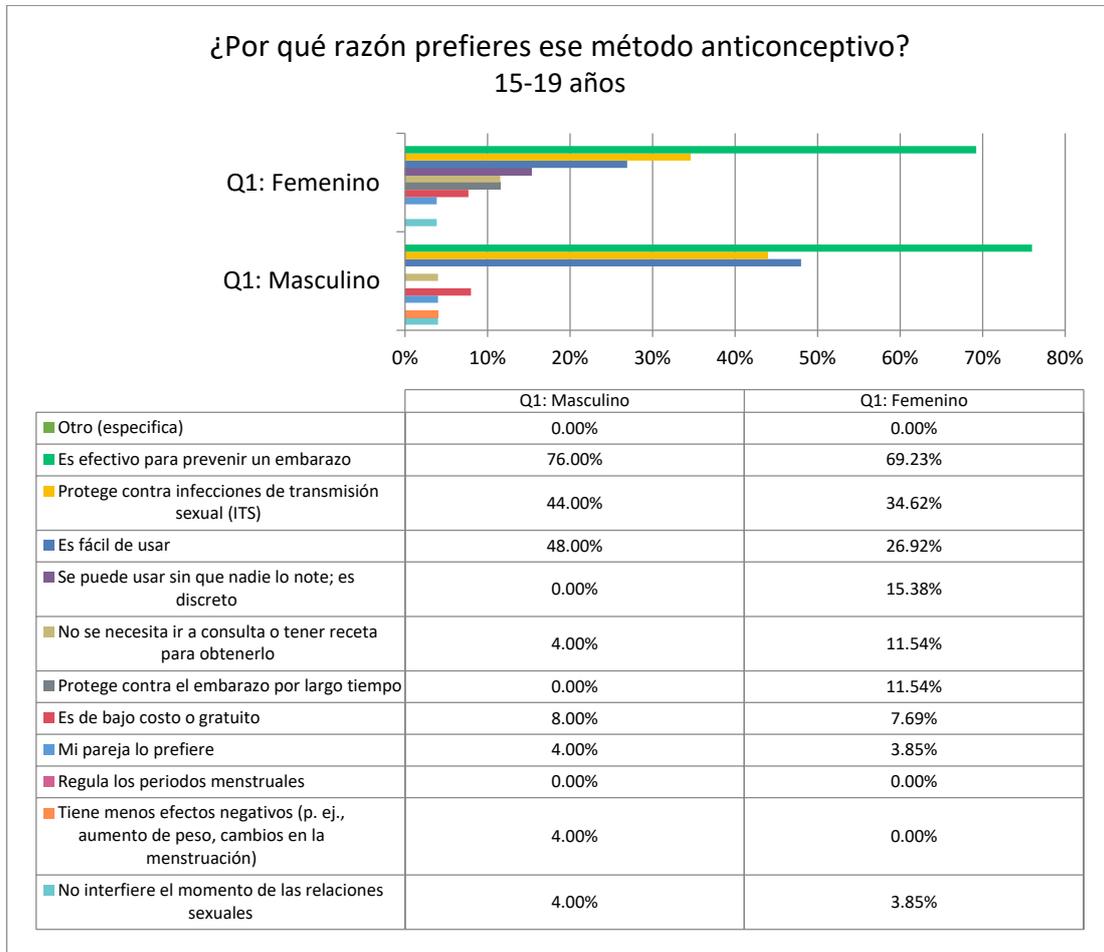
Gráfico 7. Preferencia de MAC por provincia



Los métodos que se incluyeron en la gráfica son aquellos más frecuentemente nombrados. En todas las provincias los condones masculinos tuvieron la mayor preferencia (Esmeraldas 70% (11/15); Chimborazo 40% (2/5); Morona Santiago 46% (11/24); Manabí 62% (8/13), con excepción de Chimborazo en donde el implante subdérmico fue la primera elección con 60% (3/5). Este método ocupó el segundo lugar en preferencias en las restantes tres provincias, junto con la anticoncepción de emergencia. La prueba de Chi cuadrado para buscar asociación entre la variable “provincia donde se ubica el club” y “preferencia por condones masculinos en comparación a preferencia por otro MAC”, no fue significativa: $\chi^2 (1, N=70) = 3.52; p > .05 (.3118)$. Esto significa que no hubo asociación entre la provincia en donde se ubica el club y el preferir condones masculinos en comparación a otro MAC.

De manera general, las razones para preferir el método anticonceptivo reportado fueron: “es efectivo para prevenir un embarazo” (76%, 19/25 hombres y 69%, 18/26 mujeres), seguida de “protege contra infecciones de transmisión sexual” (44%, 11/25 hombres y 35%, 9/26 mujeres), y “es fácil de usar” con 48%, 12/25 entre los hombres y 27%, 7/26 entre mujeres.

Gráfico 8. Razones para preferir método anticonceptivo utilizado



Las respuestas para la pregunta sobre el grado de influencia de diferentes personas en las preferencias de MAC del adolescente se resumen en la Tabla 8.

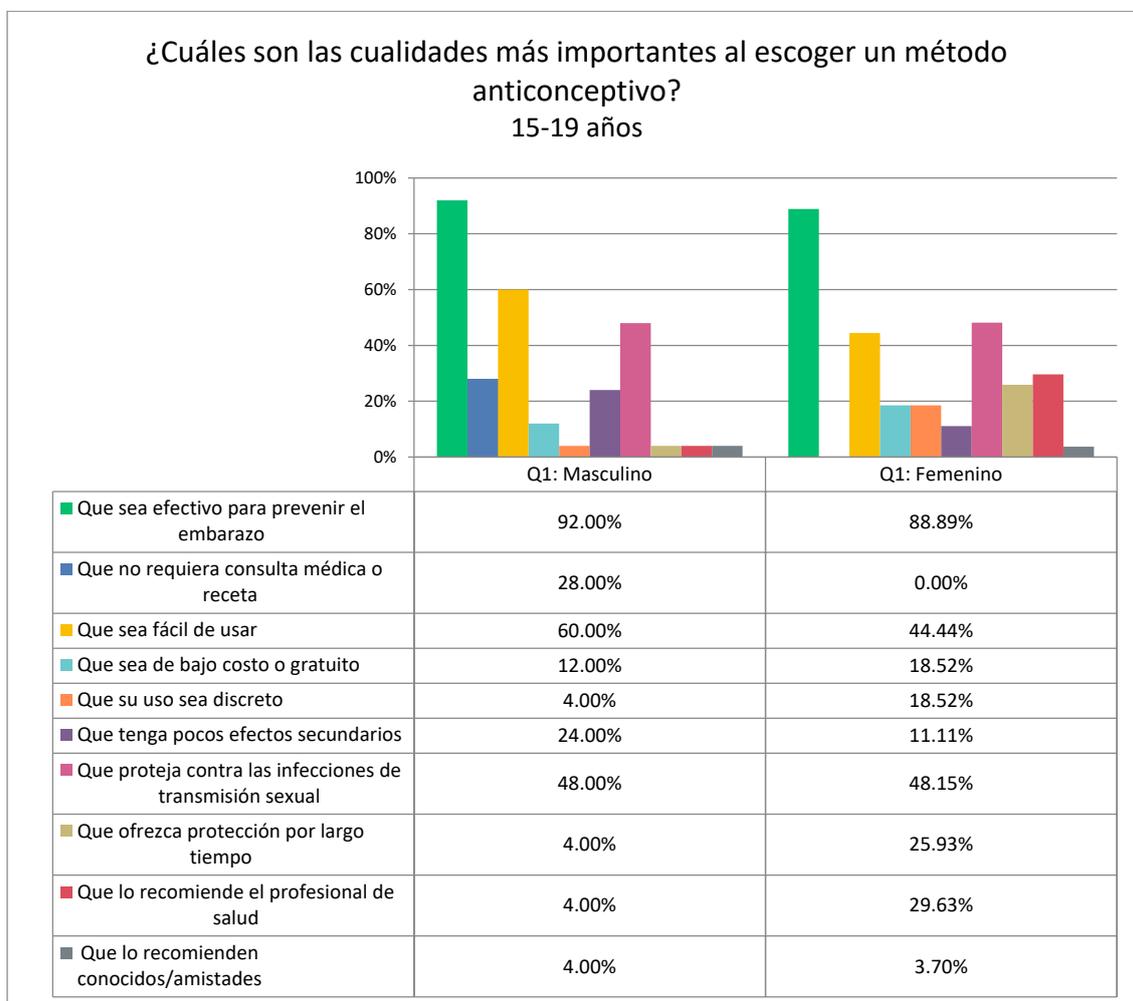
Tabla 8. Grado de influencia en las preferencias de MAC de adolescentes

Quién influye	Grado de influencia			
	Mucho/ bastante	Un poco/ algo	Nada	Total
Pareja	31 (65%)	12 (25%)	5 (10%)	48 (100%)
Amistades	14 (32%)	23 (52%)	7 (16%)	44 (100%)
Padres o familiares	30 (64%)	12 (26%)	5 (10%)	47 (100%)
Profesionales de la salud	26 (56%)	16 (35%)	4 (9%)	46 (100%)
Profesores de colegio	19 (41%)	17 (37%)	10 (22%)	46 (100%)

Las personas que tendrían un mayor grado de influencia sobre la preferencia de los adolescentes serían, en primer lugar, la pareja y, en segundo lugar, los padres o familiares. Quienes tendrían el menor grado de influencia serían, de acuerdo a estas respuestas, las amistades de los adolescentes.

Entre las tres cualidades que los adolescentes identifican como las más importantes al escoger un método anticonceptivo, en primer lugar, fue señalada “que sea efectivo para prevenir el embarazo” con 92% (23/25) de los hombres identificaron esta razón y 89% (24/27) de las mujeres lo hicieron, seguida de “que sea fácil de usar” con 60% (15/25) de los hombres y 44% (12/27) de las mujeres, y “que proteja contra las infecciones de transmisión sexual” con 48% de las respuestas en ambos sexos.

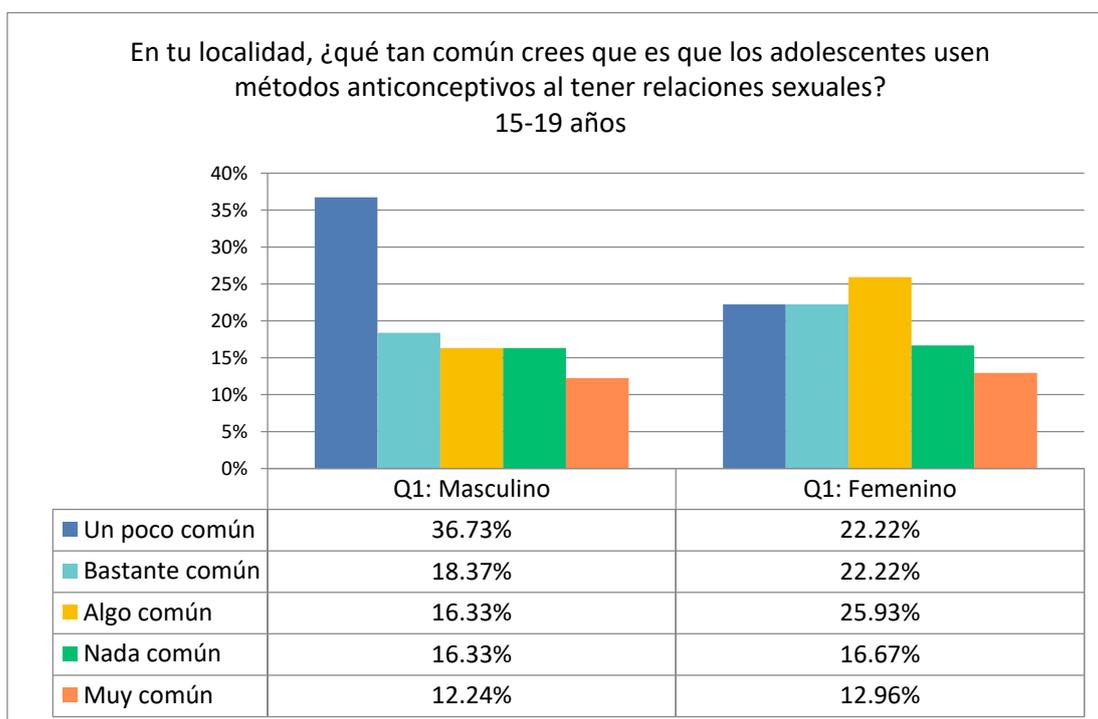
Gráfico 9. Cualidades preferidas en métodos anticonceptivos



11.3 Percepciones sobre MAC

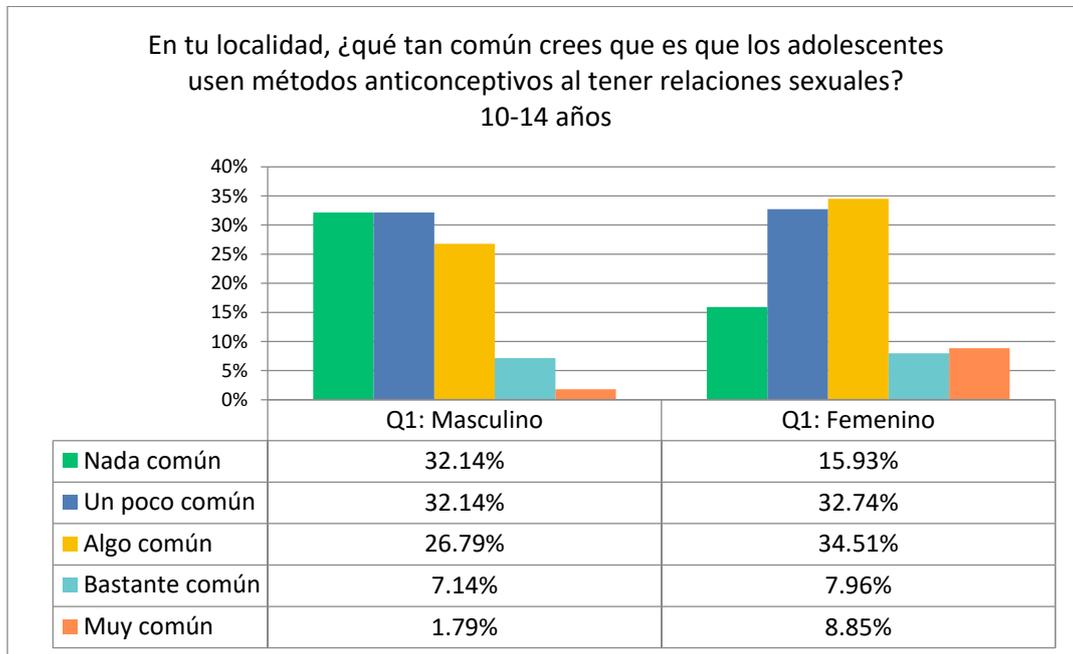
Sobre la percepción del uso de anticonceptivos entre la población adolescente, el grupo de 15-19 años reportó un 53% (26/49) de los hombres y 48% (52/108) de las mujeres que creen que es “un poco común/algo común”, mientras que 31% (15/49) de los adolescentes hombres y 35% (38/108) de las mujeres perciben que es “muy común/bastante común”, y solo 16% (8/49) de los hombres y 17% (18/108) de las mujeres lo perciben como “nada común”.

Gráfico 10. Percepción sobre el uso de métodos anticonceptivos entre adolescentes 15-19 años



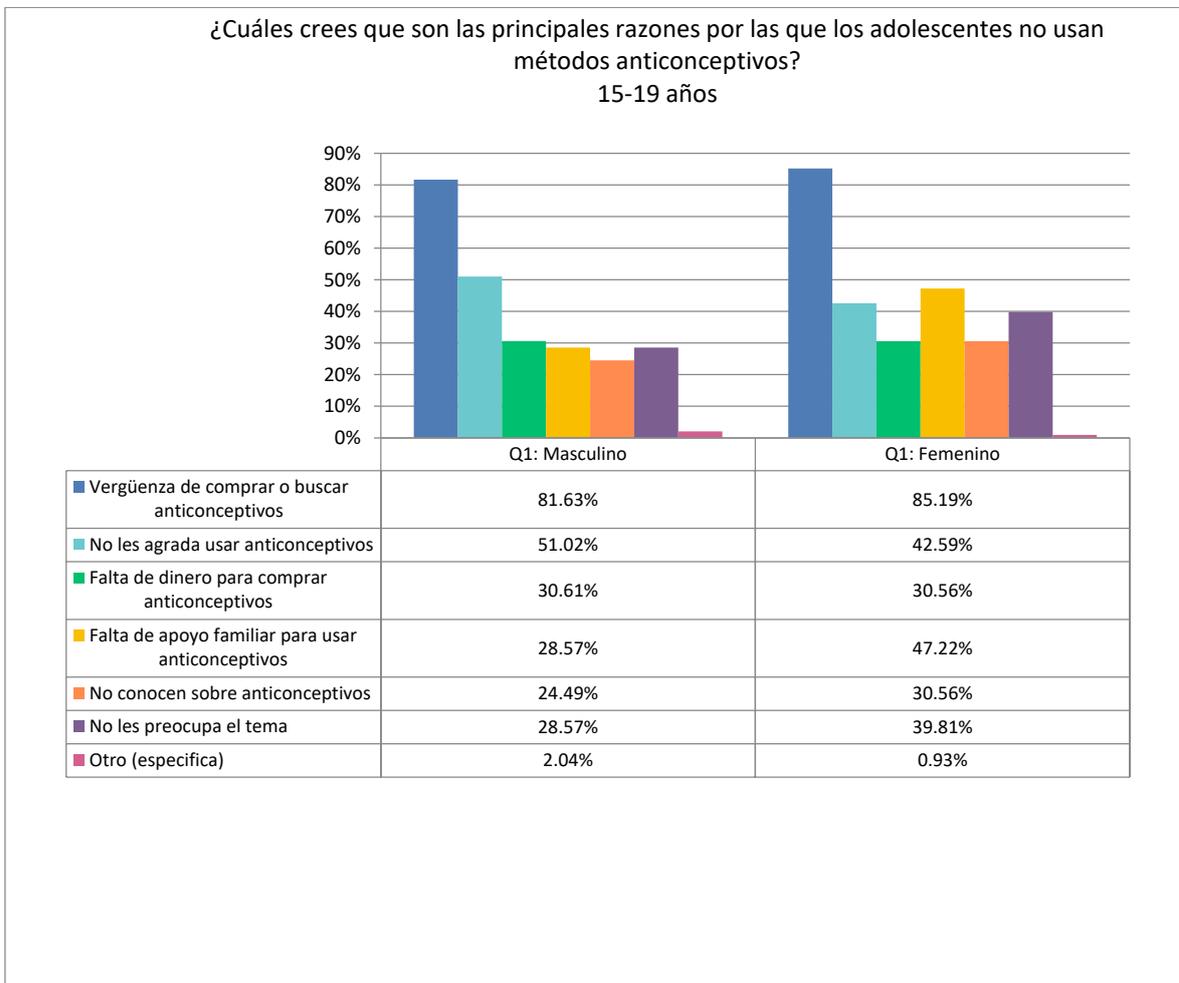
En el grupo de 10-14 años es aún mayor la cantidad de adolescentes que consideran que el uso de MAC es “un poco común/algo común”: 59%, 33/56 de los hombres y 67%, 76/113 de las mujeres; un 32% (18/56) de los hombres y 16% (18/113) de las mujeres lo perciben como “nada común”, y solo 9% (5/56) de los adolescentes hombres y 17% (19/113) de las mujeres perciben que el uso de anticonceptivos es “muy común/bastante común”.

Gráfico 11. Percepción sobre el uso de métodos anticonceptivos entre adolescentes 10-14 años



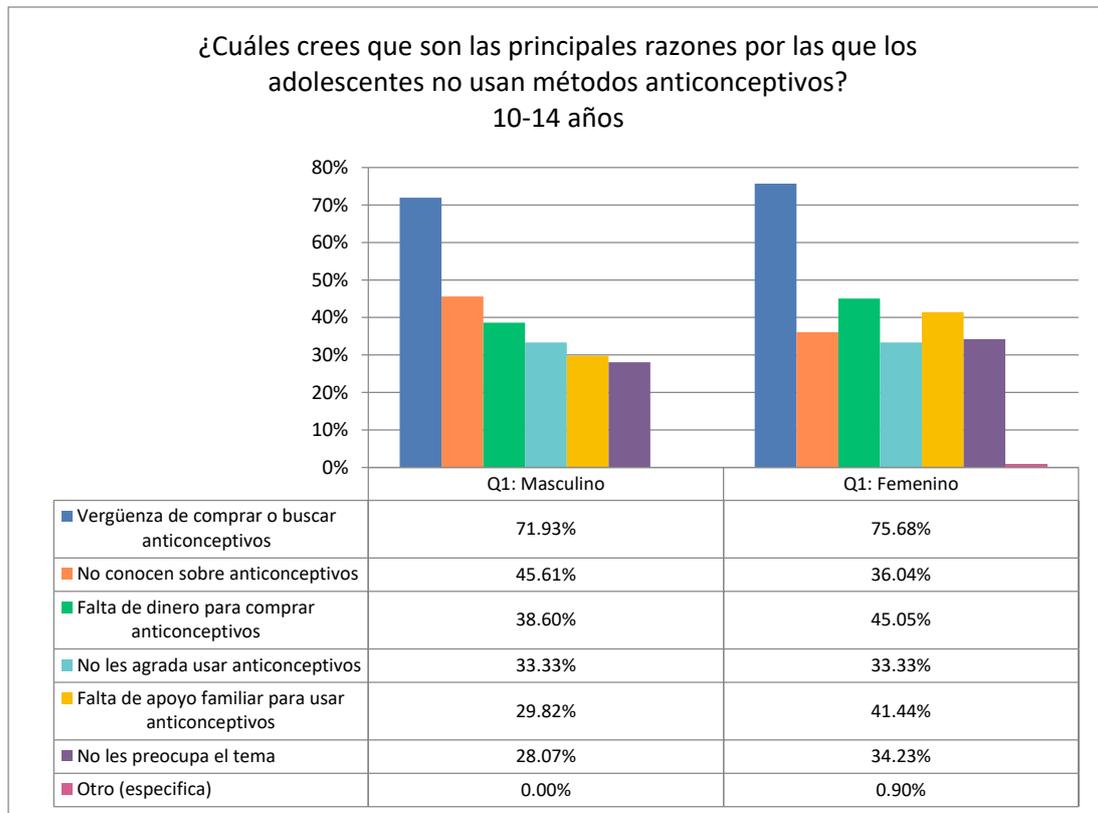
La encuesta averiguó las principales razones que tienen los adolescentes para no usar métodos anticonceptivos, pidiendo que mencionen tres de ellas. De las respuestas, 82% (40/49) de los hombres y 86% (92/108) de las mujeres indicaron “vergüenza de comprar o buscar anticonceptivos” como la principal razón; 51% (25/49) respuestas de hombres y 43% (46/108) de las de mujeres fueron “no les agrada usar anticonceptivos”, y 31% de las de hombres y mujeres fue “falta de dinero para comprar anticonceptivos”. El 29% (14/49) de las respuestas de hombres y 47% (51/108) de las de mujeres dieron como respuesta “falta de apoyo familiar para usar anticonceptivos”.

Gráfico 12. Razones para no usar métodos anticonceptivos 15-19 años



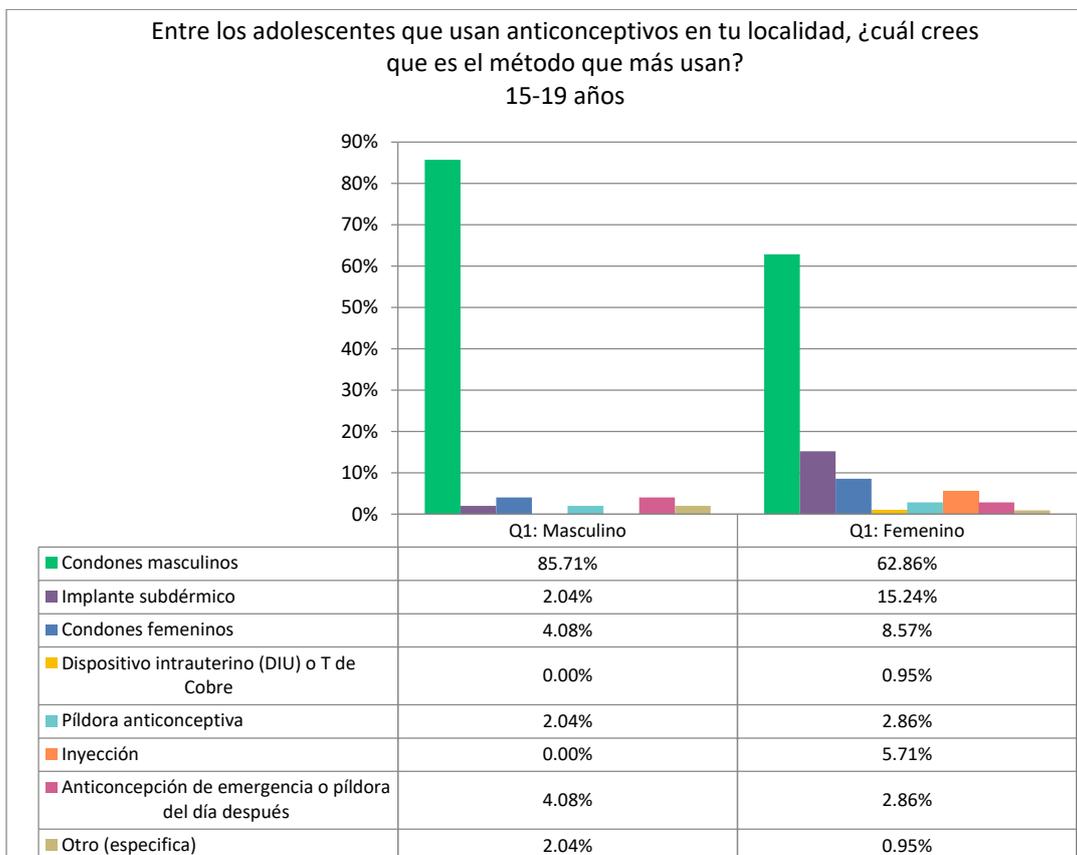
Estas mismas percepciones se averiguaron también entre los adolescentes de 10-14 años. Un 72% (41/57) de los hombres y 76% (84/111) de las mujeres indicaron “vergüenza de comprar o buscar anticonceptivos” como la principal razón; 46% (26/57) respuestas de hombres y 36% (40/111) de las de mujeres fueron “no conocen sobre anticonceptivos”, y 39% (22/57) de las de hombres y 45% (50/11) de las de mujeres dijeron “falta de dinero para comprar anticonceptivos”. El 30% (17/57) de las respuestas de hombres y 41% (46/11) de las de mujeres fue “falta de apoyo familiar para usar anticonceptivos”.

Gráfico 13. Razones para no usar métodos anticonceptivos 10-14 años



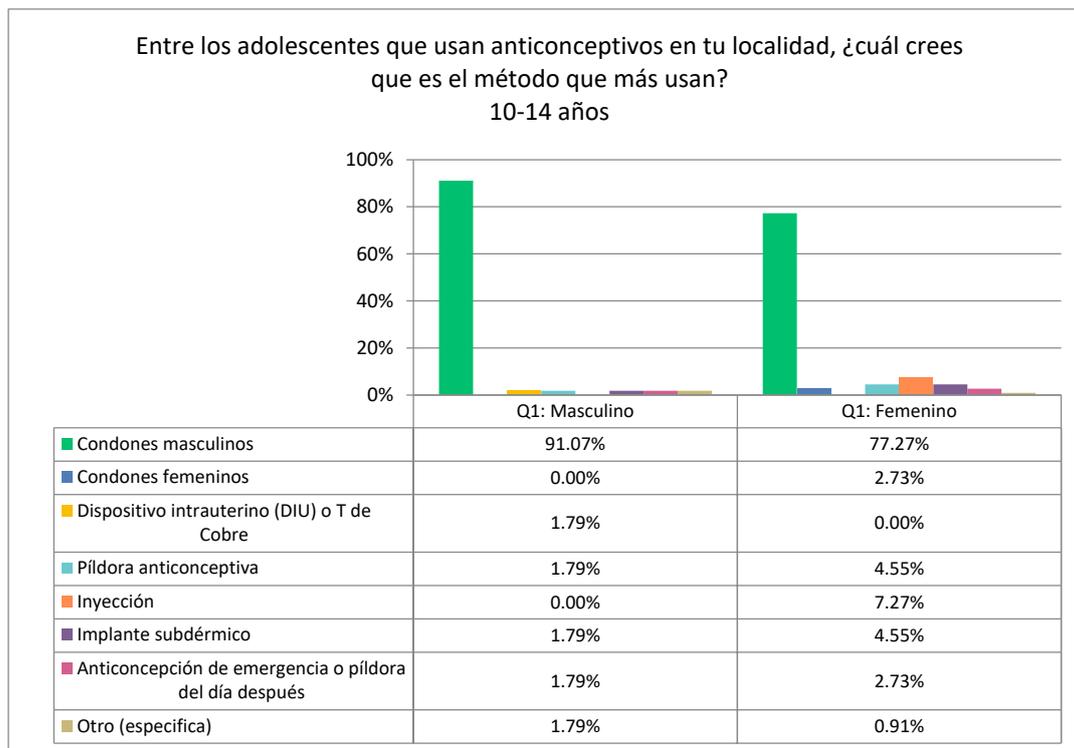
Altos porcentajes de adolescentes de 15-19 años perciben que el condón masculino es el método más usado por los adolescentes, pues tiene los más altos porcentajes: 86% (42/49) entre hombres y 63% (66/105) entre mujeres, seguido del implante subdérmico con 15% entre (16/105) mujeres y 2% (1/49) entre hombres, y los condones femeninos con 9% (9/105) entre mujeres y 4% (2/49) entre hombres. Los demás métodos solo tienen porcentajes muy pequeños que no sobrepasan el 5% o menos, como se muestra en el gráfico a continuación.

Gráfico 14. Percepción sobre método anticonceptivo más usado 15-19 años



Aún más pronunciada es esta tendencia en la percepción de los adolescentes de 10-14 años. Como se ve en el siguiente gráfico, la gran mayoría, es decir, 91% (51/56) de los hombres y 77% (85/110) de las mujeres indicó que los condones masculinos son el método más usado, seguido por la inyección con 7% (8/110) de las respuestas de las mujeres de este grupo de edad. Los demás métodos obtuvieron porcentajes muy pequeños de menos de 5%.

Gráfico 15. Percepción sobre método anticonceptivo más usado 10-14 años



Las siguientes preguntas de esta sección exploran las percepciones de las y los adolescentes sobre el uso de métodos anticonceptivos modernos.

La Tabla 8 muestra las respuestas del grupo de 15 -19 años ante preguntas que exploran la opinión de los adolescentes alrededor de ciertos aspectos normativos (normas y patrones socioculturales) del uso de MAC entre adolescentes.

Tabla 9. Percepciones y normas socioculturales sobre uso de anticoncepción entre adolescentes. 15-19 años

PREGUNTA	DE ACUERDO		EN DESACUERDO	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Los adolescentes de mi edad deben poder usar métodos anticonceptivos siempre que lo deseen.	92% (47/51)	80% (86/108)	8%	20%
Los adolescentes de mi edad son muy jóvenes y no deberían usar métodos anticonceptivos.	14% (7/50)	23% (24/104)	86%	77%
Los métodos anticonceptivos solo son para las parejas casadas.	12% (6/50)	13% (14/105)	88%	87%
Los adolescentes de mi edad que usan anticonceptivos son mal vistos por los demás.	27% (13/49)	32% (34/105)	73%	68%

Las respuestas del grupo de edad de 10-14 años difieren en varias de las preguntas con respecto al grupo de mayor edad, como se puede ver en la Tabla 9.

Tabla 10. Percepciones y normas socioculturales sobre uso de anticoncepción entre adolescentes. 10-14 años

PREGUNTA	DE ACUERDO		EN DESACUERDO	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Los adolescentes de mi edad deben poder usar métodos anticonceptivos siempre que lo deseen.	67%	75%	33%	25%
Los adolescentes de mi edad son muy jóvenes y no deberían usar métodos anticonceptivos.	44%	39%	56%	61%
Los métodos anticonceptivos solo son para las parejas casadas.	35%	28%	65%	72%
Los adolescentes de mi edad que usan anticonceptivos son mal vistos por los demás.	42%	46%	58%	54%

La encuesta averiguó sobre las percepciones de los adolescentes en relación a la **efectividad** para prevenir el embarazo de los diferentes métodos anticonceptivos, como se muestra en la Tabla 11.

**Tabla 11. ¿Qué tan efectivos crees que son los siguientes métodos?
15-19 años**

Condomes masculinos			
	Masculino	Femenino	Total
Nada efectivos	5.88%	4.67%	5.03%
Un poco efectivos	5.88%	18.69%	14.47%
Algo efectivos	21.57%	21.50%	21.38%
Bastante efectivos	33.33%	25.23%	27.67%
Muy efectivos	29.41%	19.63%	22.64%
No sé	3.92%	10.28%	8.18%
Total	32.08%	67.30%	100.00%
Total de respuestas	51	107	159
Condomes femeninos			
	Masculino	Femenino	Total
Nada efectivos	6%	3%	4%
Un poco efectivos	8%	18%	14%
Algo efectivos	18%	21%	19%
Bastante efectivos	29%	25%	25%
Muy efectivos	18%	13%	14%
No sé	20%	19%	19%
Total	31%	65%	100.00%
Total de respuestas	49	103	159
Inyección			
	Masculino	Femenino	Total
Nada efectivos	4.17%	3.00%	3.14%
Un poco efectivos	12.50%	8.00%	8.81%
Algo efectivos	16.67%	20.00%	17.61%
Bastante efectivos	18.75%	27.00%	22.64%
Muy efectivos	25.00%	29.00%	25.79%

No sé	22.92%	13.00%	15.09%
Total	30.19%	62.89%	100.00%
Total de respuestas	48	100	148
Implante subdérmico			
	Masculino	Femenino	Total
Nada efectivos	8.16%	3.96%	5.03%
Un poco efectivos	6.12%	6.93%	6.29%
Algo efectivos	12.24%	16.83%	14.47%
Bastante efectivos	16.33%	27.72%	22.64%
Muy efectivos	24.49%	31.68%	27.67%
No sé	32.65%	12.87%	18.24%
Total	30.82%	63.52%	100.00%
Total de respuestas	49	101	150
Píldora anticonceptiva			
	Masculino	Femenino	Total
Nada efectivos	8.33%	4.85%	5.66%
Un poco efectivos	8.33%	12.62%	10.69%
Algo efectivos	25.00%	30.10%	27.04%
Bastante efectivos	22.92%	18.45%	18.87
Muy efectivos	18.75%	16.50%	16.35
No sé	16.67%	17.48%	16.35%
Total	30.19%	64.78%	100.00%
Total de respuestas	48	103	151
Anticoncepción de emergencia			
	Masculino	Femenino	Total
Nada efectivos	6.12%	4.85%	5.03%
Un poco efectivos	6.12%	15.53%	11.95%
Algo efectivos	12.24%	21.36%	17.61%
Bastante efectivos	36.73%	17.48%	22.64%
Muy efectivos	20.41%	18.45%	18.24%
No sé	18.37%	22.33%	20.13%
Total	30.82%	64.78%	100.00%
Total de respuestas	49	103	152
Dispositivo Intrauterino (DIU)			
	Masculino	Femenino	Total
Nada efectivos	8.33%	4.90%	5.66%
Un poco efectivos	6.25%	9.80%	8.18%
Algo efectivos	6.25%	12.75%	10.06%
Bastante efectivos	14.58%	21.57%	18.24%
Muy efectivos	25%	22.55%	22.01%
No sé	39.58%	28.43%	30.19%
Total	30.19%	64.15%	100.00%
Total de respuestas	48	102	150

La encuesta también indagó acerca de las percepciones de los adolescentes sobre la **facilidad** de uso de los MAC, como se muestra en la Tabla 12.

**Tabla 12. ¿Qué tan fácil de usar te parece que son los siguientes métodos anticonceptivos?
15-19 años**

Condomes masculinos	Q1: Masculino	Q1: Femenino	Total
Nada fácil	2.00%	4.67%	3.77%
	1	5	6
Un poco fácil	8.00%	11.21%	10.06%
	4	12	16
Algo fácil	22.00%	15.89%	17.61%
	11	17	28
Bastante fácil	14.00%	20.56%	18.24%
	7	22	29
Muy fácil	44.00%	27.10%	32.08%
	22	29	51
No sé	10.00%	20.56%	16.98%
	5	22	27
Total	31.45%	67.30%	100.00%
	50	107	159
Condomes femeninos	Q1: Masculino	Q1: Femenino	Total
Nada fácil	8.16%	11.54%	10.06%
	4	12	16
Un poco fácil	6.12%	20.19%	15.09%
	3	21	24
Algo fácil	30.61%	17.31%	20.75%
	15	18	33
Bastante fácil	6.12%	6.73%	6.29%
	3	7	10
Muy fácil	14.29%	11.54%	11.95%
	7	12	19
No sé	34.69%	32.69%	32.08%
	17	34	51
Total	30.82%	65.41%	100.00%
	49	104	159
Dispositivo intrauterino (DIU)	Q1: Masculino	Q1: Femenino	Total
Nada fácil	6.25%	13.33%	10.69%
	3	14	17
Un poco fácil	6.25%	7.62%	6.92%
	3	8	11
Algo fácil	12.50%	20.95%	17.61%
	6	22	28
Bastante fácil	8.33%	7.62%	7.55%
	4	8	12
Muy fácil	8.33%	4.76%	5.66%
	4	5	9
No sé	58.33%	45.71%	47.80%
	28	48	76
Total	30.19%	66.04%	100.00%
	48	105	159
Implante subdérmico	Q1: Masculino	Q1: Femenino	Total
Nada fácil	4.08%	10.68%	8.18%
	2	11	13
Un poco fácil	4.08%	4.85%	4.40%

	2	5	7
Algo fácil	18.37%	13.59%	14.47%
	9	14	23
Bastante fácil	12.24%	24.27%	19.50%
	6	25	31
Muy fácil	14.29%	15.53%	14.47%
	7	16	23
No sé	46.94%	31.07%	34.59%
	23	32	55
Total	30.82%	64.78%	100.00%
	49	103	159
Anticoncepción de emergencia	Q1: Masculino	Q1: Femenino	Total
Nada fácil	4.08%	10.38%	8.18%
	2	11	13
Un poco fácil	8.16%	5.66%	6.29%
	4	6	10
Algo fácil	12.24%	10.38%	10.69%
	6	11	17
Bastante fácil	18.37%	20.75%	19.50%
	9	22	31
Muy fácil	26.53%	26.42%	25.79%
	13	28	41
No sé	30.61%	26.42%	27.04%
	15	28	43
Total	30.82%	66.67%	100.00%
	49	106	159
Píldora anticonceptiva	Q1: Masculino	Q1: Femenino	Total
Nada fácil	2.04%	6.73%	5.03%
	1	7	8
Un poco fácil	6.12%	15.38%	11.95%
	3	16	19
Algo fácil	18.37%	20.19%	18.87%
	9	21	30
Bastante fácil	18.37%	8.65%	11.32%
	9	9	18
Muy fácil	24.49%	21.15%	21.38%
	12	22	34
No sé	30.61%	27.88%	27.67%
	15	29	44
Total	30.82%	65.41%	100.00%
	49	104	159
Inyección	Q1: Masculino	Q1: Femenino	Total
Nada fácil	0.00%	7.00%	4.40%
	0	7	7
Un poco fácil	12.77%	7.00%	8.18%
	6	7	13
Algo fácil	19.15%	17.00%	16.35%
	9	17	26
Bastante fácil	8.51%	20.00%	15.09%
	4	20	24
Muy fácil	23.40%	30.00%	25.79%

	11	30	41
No sé	36.17%	19.00%	22.64%
	17	19	36
Total	29.56%	62.89%	100.00%
	47	100	159

Asimismo, se indagó sobre las opiniones de los adolescentes respecto a aspectos puntuales de los métodos anticonceptivos modernos, comenzando por los preservativos masculinos, seguidos de las píldoras anticonceptivas, el DIU, las inyecciones e implantes, como se observa en las siguientes tablas.

**Tabla 13. De acuerdo o no de acuerdo con afirmaciones acerca de los condones masculinos
15-19 años**

PREGUNTA	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	NO SÉ
Los condones reducen el placer de las relaciones sexuales	28% (M46%, F21%)	29% (M24%, F32%)	41% (M30%, F47%)
Los condones son difíciles de usar	15% (M14%, F16%)	57% (M65%, F54%)	27% (M20%, F30%)
No es necesario usar condones si uno está en una relación de pareja estable	24% (M31%, F22%)	50% (M49%, F52%)	23% (M20%, F30%)
A la mayoría de los hombres no les gusta usar condones.	53% (M57%, F53%)	15% (M18%, F14%)	30% (M24%, F33%)
A la mayoría de las mujeres no les gusta usar condones.	33% (M41%, F31%)	30% (M27%, F33%)	34% (M33%, F37%)
Es fácil hablar sobre el uso de condones con la pareja.	53% (M51%, F55%)	16% (M22%, F14%)	29% (M27%, F31%)
Es vergonzoso comprar u obtener condones	46% (M47%, F48%)	30% (M33%, F30%)	22% (M20%, F23%)

**Tabla 14. De acuerdo o no de acuerdo con afirmaciones acerca de las píldoras anticonceptivas
15-19 años**

PREGUNTA	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	NO SÉ
Es difícil de usar (recordar todos los días).	43% (M31%, F48%)	26% (M41%, F19%)	31% (M27%, F32%)
Provoca aumento de peso y otros efectos en la mujer como acné	33% (M30%, F37%)	20% (M18%, F21%)	44% (M52%, F42%)
Provoca cambios en el ciclo menstrual	41% (M30%, F37%)	12% (M18%, F21%)	45% (M52%, F42%)
Causa cáncer en la mujer	17% (M18%, F17%)	26% (M22%, F30%)	53% (M60%, F53%)
Hace difícil embarazarse en el futuro	25% (M30%, F23%)	28% (M20%, F33%)	44% (M50%, F43%)
Es discreta; se puede usar sin que se note	47% (M39%, F53%)	12% (M20%, F9%)	38% (M41%, F38%)
Es efectiva para prevenir el embarazo.	52% (M48%, F56%)	14% (M14%, F14%)	31% (M38%, F30%)

**Tabla 15. De acuerdo o no de acuerdo con afirmaciones acerca del DIU
15-19 años**

PREGUNTA	EN		
	DE ACUERDO	DESACUERDO	NO SÉ
El DIU solo puede usarse cuando ya se han tenido hijos	25% (M20%, F29%)	23% (M25%, F22%)	51% (M55%, F50%)
El DIU puede provocar daños o enfermedades en el útero	20% (M26%, F18%)	22% (M22%, F22%)	56% (M52%, 60%)
El DIU provoca cambios en el ciclo menstrual (p.ej. falta de menstruación, manchado, sangrado abundante y prolongado)	28% (M29%, F28%)	12% (M16%, F10%)	58% (M55%, F61%)
El DIU hace difícil embarazarse en el futuro, si uno lo desea.	18% (M22%, F17%)	22% (M20%, 24%)	56% (M58%, F58%)
El DIU es efectivo para prevenir el embarazo	41% (M40%, F43%)	8% (M10%, F8%)	48% (M50%, F49%)
El DIU es discreto; se puede usar sin que se note	34% (M28%, F39%)	11% (M14/, F11%)	51% (M58%, F50%)

**Tabla 16. De acuerdo o no de acuerdo con afirmaciones acerca de inyecciones anticonceptivas
15-19 años**

PREGUNTA	EN		
	DE ACUERDO	DESACUERDO	NO SÉ
El inyectable es doloroso y deja marca en el sitio de la inyección	28% (M33%, F27%)	25% (M16%, F30%)	44% (M51%, F42%)
El inyectable provoca aumento de peso y/u otros efectos como acné	32% (M21%, F38%)	15% (M12%, F17%)	51% (M67%, F45%)
El inyectable provoca cambios en el ciclo menstrual	32% (M22%, F37%)	15% (M10%, F17%)	52% (M67%, 46%)
El inyectable hace difícil embarazarse en el futuro	18% (M21%, F17%)	26% (M23%, F29%)	53% (M56%, F54%)
El inyectable provoca cambios en el estado de ánimo	6% (M22%, F29%)	16% (M10%, F20%)	52% (M67%, F50%)
El inyectable es efectivo para prevenir el embarazo	49% (M41%, F54%)	10% (M8%, F11%)	39% (M51%, F34%)
El inyectable es discreto; se puede usar sin que se note	46% (M37%, F53%)	5% (M6%, F5%)	44% (M56%, F42%)

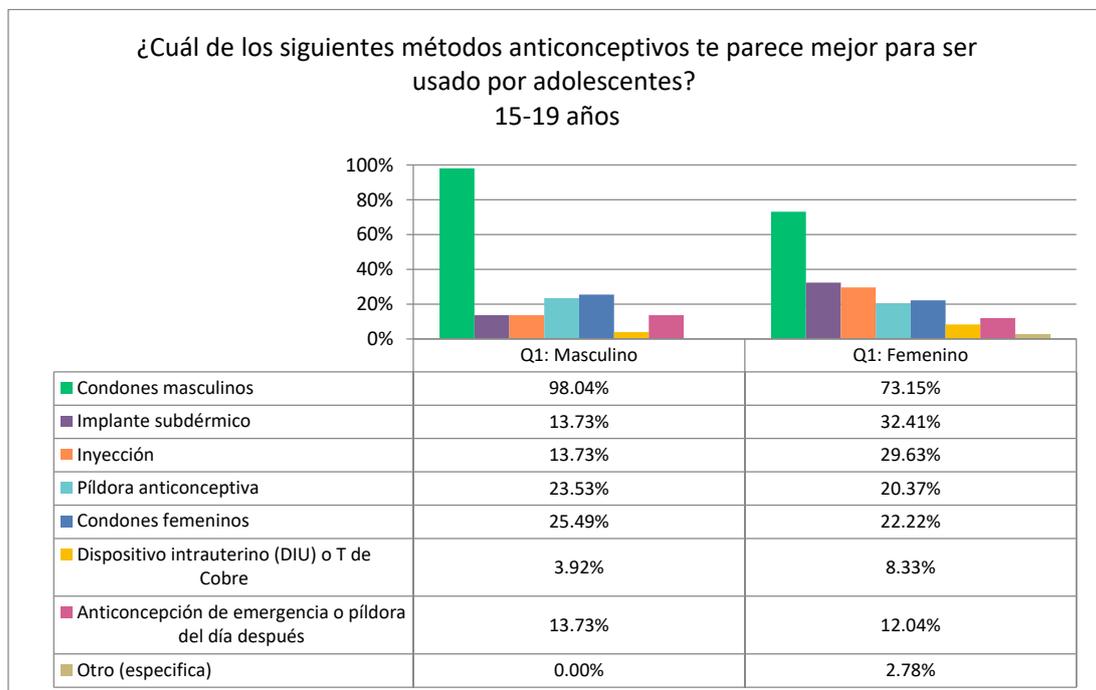
**Tabla 17. De acuerdo o no de acuerdo con afirmaciones acerca de los implantes
15-19 años**

PREGUNTA	EN		
	DE ACUERDO	DESACUERDO	NO SÉ
El implante provoca dolor o infecciones en el sitio donde se coloque	37% (M32%, F41%)	19% (M14%, 23%)	42% (M54% F37%)
El implante provoca aumento de peso en la mujer	43% (M27%, F52%)	16% (M17%, F16%)	38% (M56%, F32%)
El implante causa cáncer	13% (M17%, F12%)	23% (M15%, F29%)	57% (M67%, F59%)
El implante provoca cambios en el estado de ánimo	34% (M24%, F40%)	18% (M16%, F19%)	45% (M59%, F41%)
El implante provoca cambios en el ciclo menstrual	34% (M17%, F44%)	13% (M12%, F13%)	50% (M71%, F43%)

El implante hace difícil embarazarse en el futuro, si uno lo desea	20% (M26%, F18%)	24% (M12%, F30%)	53% (62%, F51%)
El implante es efectivo para prevenir el embarazo	51% (M37%, F60%)	7% (M10%, F6%)	39% (M53%, F34%)
El implante es discreto; se puede usar sin que se note	39% (M22%, F49%)	14% (M20%, F12%)	44% (M58%, F39%)

Solicitamos a las y los encuestados que nos indiquen cuál método les parece mejor para ser usado por adolescentes, pidiendo que escojan dos opciones. Las siguientes gráficas muestran las respuestas del grupo de 15-19 años y del grupo de 10-14 años.

Gráfico 16. Percepción mejor método anticonceptivo para adolescentes 15-19 años

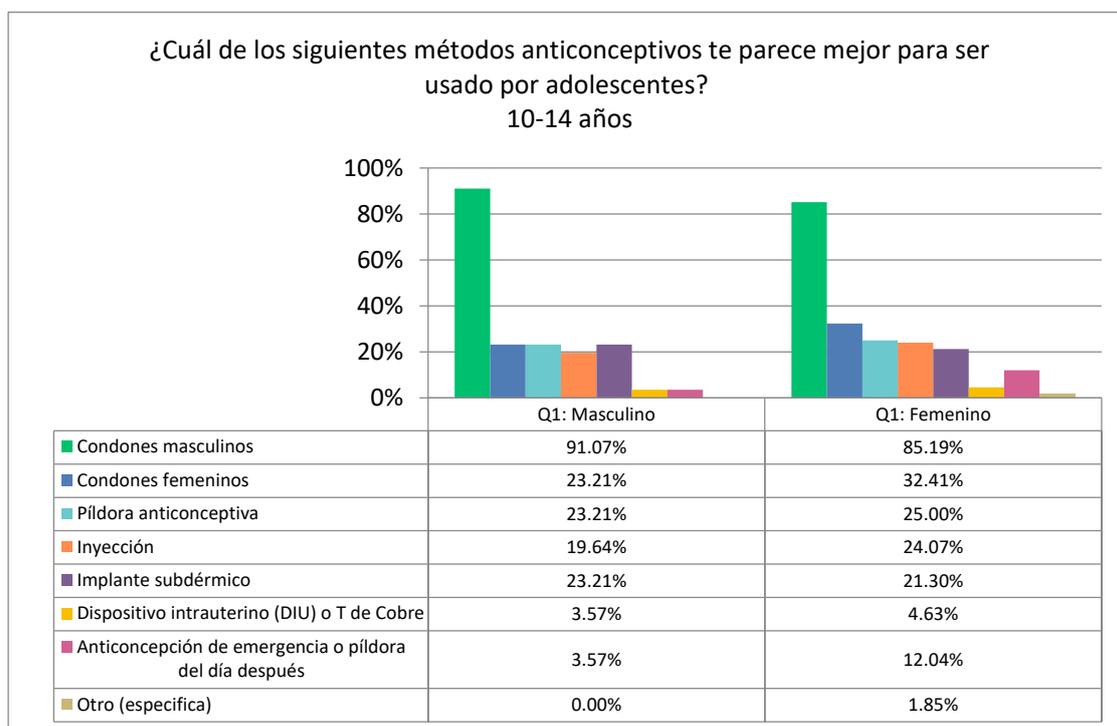


Las respuestas del grupo 15-19 años señalaron mayoritariamente los condones masculinos como el mejor MAC para adolescentes: 98% (50/51) de los hombres y 73% (79/108) de las mujeres los identificaron como el mejor MAC para adolescentes; el implante subdérmico siguió entre las mujeres con 32% (35/108) y con 14% (7/51) entre hombres; asimismo, la inyección fue siguiente entre las mujeres con 30% (32/108) y 14% (7/51) entre los hombres. Los condones femeninos alcanzaron 22% (24/108) entre mujeres y 25% (13/51) entre hombres. La prueba de Chi cuadrado para diferencias entre hombres y mujeres respecto a preferencia por condones masculinos o implantes fue significativa: $\chi^2 (1, N=171 \text{ respuestas}) = 6.95; p < .05$. Esto quiere decir que estadísticamente, sí existe una asociación entre ser hombre o mujer, y preferir los condones masculinos en comparación con implantes.

Hay diferencias entre las percepciones de este grupo y las del grupo de 10-14 años. Si bien las respuestas señalaron mayoritariamente los condones masculinos, con 91% (51/56) entre los

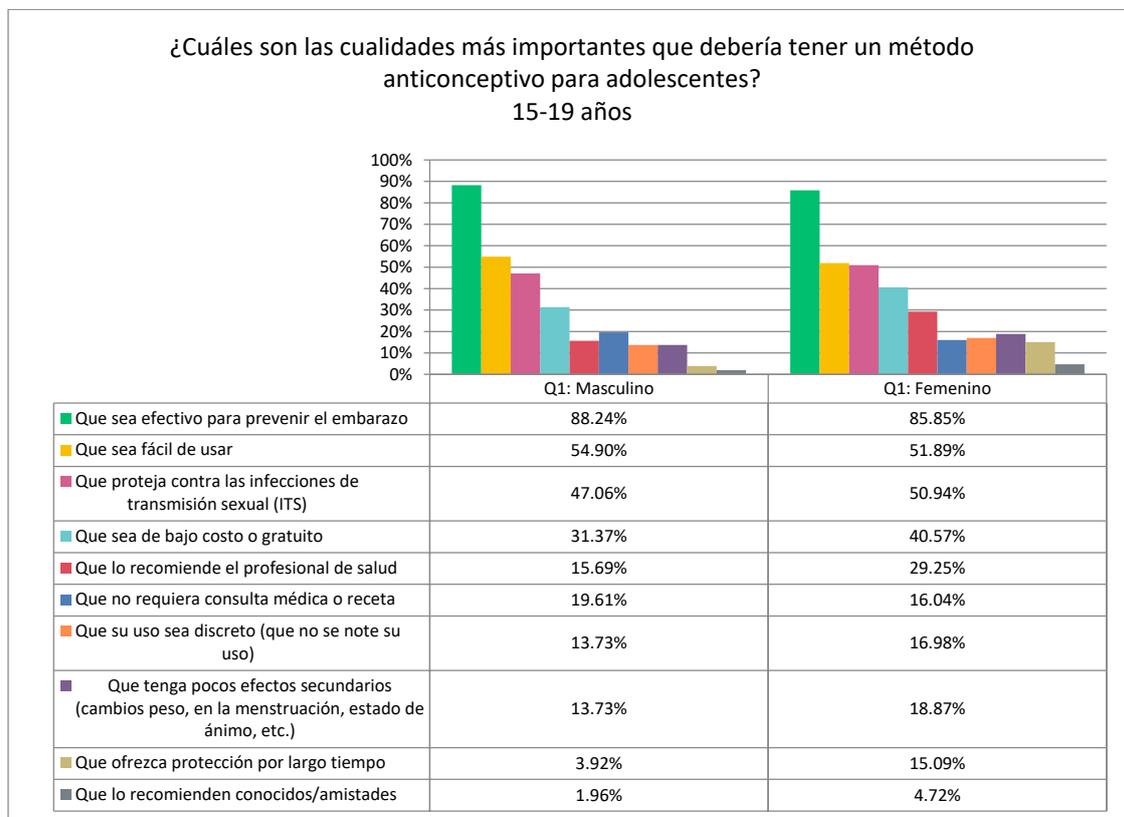
hombres y 85% (92/108) entre las mujeres; en segundo lugar, las mujeres indicaron los condones femeninos con 32% (35/108) y 23% (13/56) entre los hombres y, en tercer lugar, la píldora anticonceptiva con 25% (27/108) entre las mujeres y 23% (13/56) entre los hombres. En cuarto lugar, las mujeres indicaron la inyección con 24% (26/108) y 20% (11/56) entre los hombres.

Gráfico 17. Percepción mejor método anticonceptivo para adolescentes 10-14 años



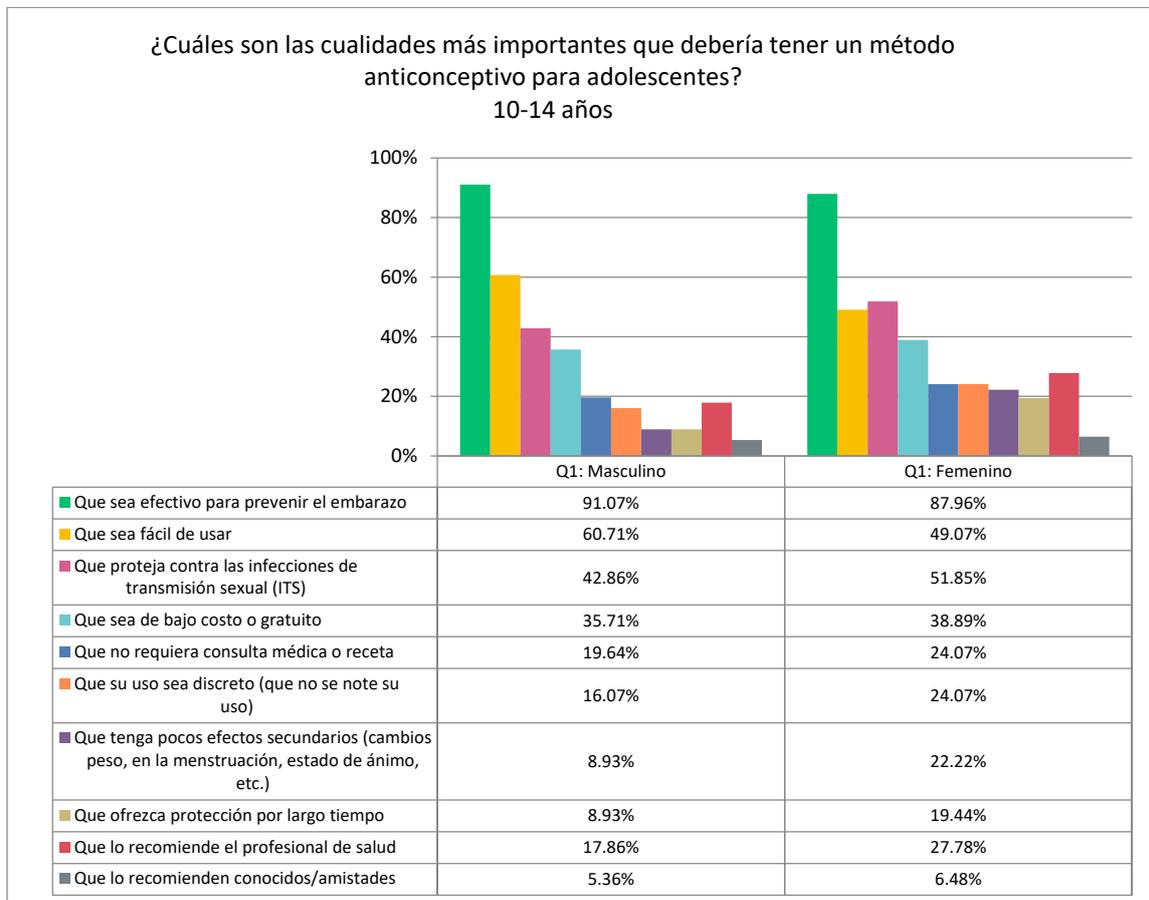
Para finalizar la sección de percepciones sobre los anticonceptivos, la encuesta pidió a los adolescentes que identificaran las cualidades o características ideales que debería tener un método anticonceptivo a ser usado por su grupo etario. Les pedimos que identificaran tres respuestas. La cualidad más importante identificada por el grupo de 15-19 años fue “Que sea efectivo para prevenir el embarazo” con 88% (45/51) entre hombres y 86% (91/106) entre mujeres, seguido de: “Que sea fácil de usar” con 55% (28/51) entre hombres y 52% (55/106) entre mujeres; “Que proteja contra las infecciones de transmisión sexual” con 51% (54/106) entre mujeres y 47% (24/51) entre hombres, y “Que sea de bajo costo o gratuito” con 41% (43/106) entre mujeres y 31% (16/51) entre hombres.

Gráfico 18. Cualidades ideales de método anticonceptivo para adolescentes 15-19 años



Las cualidades más importantes identificadas por el grupo de 10-14 años no varían significativamente en comparación con el grupo mayor, como se ve en el siguiente gráfico, ya que coincidieron en priorizar “Que sea efectivo para prevenir el embarazo” con 91% (51/56) de las respuestas de hombres y 88% (95/108) de mujeres), seguido de: “Que sea fácil de usar” con 61% (34/56) entre hombres y 49% (53/108) entre mujeres; “Que proteja contra las infecciones de transmisión sexual” con 52% (56/108) entre mujeres y 43% (24/56) entre hombres, y “Que sea de bajo costo o gratuito” con 39% (42/108) entre mujeres y 36% (20/56) entre hombres. Estas cuatro cualidades fueron las mismas que identificaron prioritariamente los adolescentes de 15-19 años.

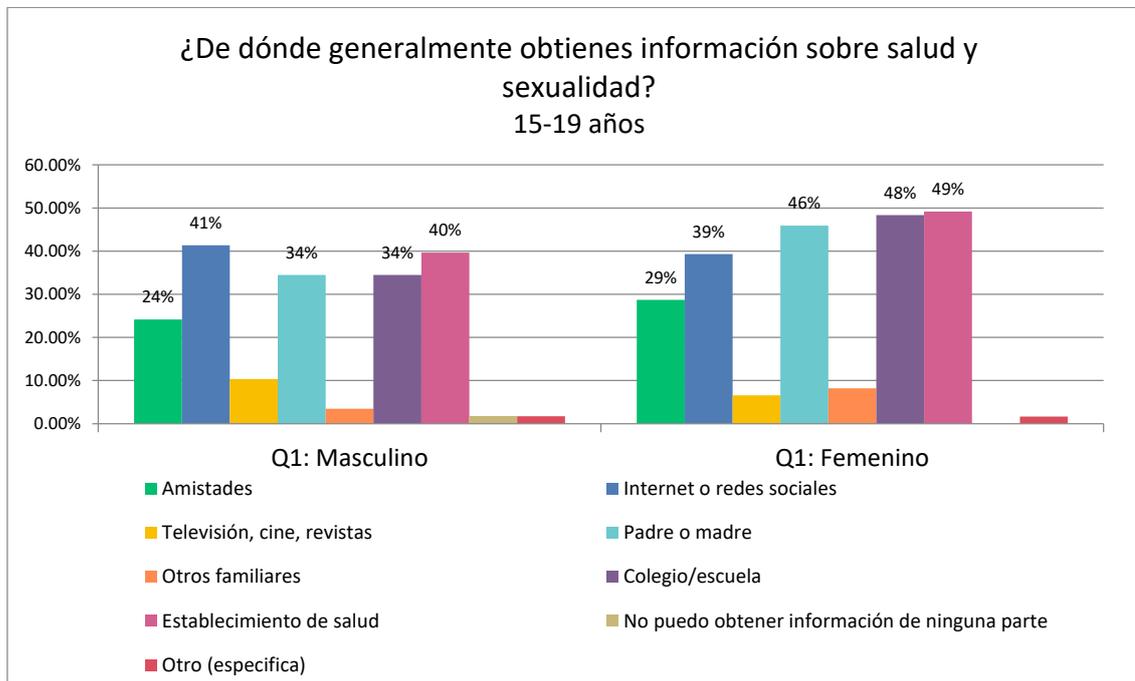
Gráfico 19. Cualidades ideales de método anticonceptivo para adolescentes 10-14 años



11.4 Conocimientos y fuentes de información sobre MAC

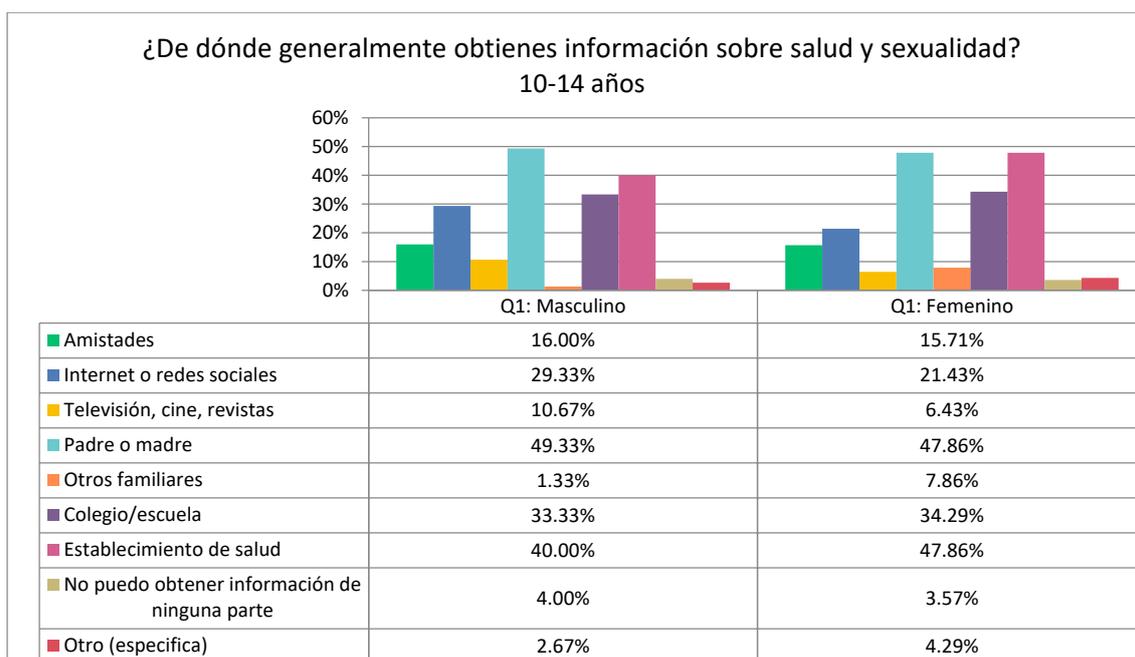
Las fuentes de información sobre salud y sexualidad en el grupo 15-19 años son principalmente el establecimiento de salud con 40% (23/58) entre los hombres y 49% (60/122) entre las mujeres, seguido de: colegio/escuela con 34% (20/58) entre hombres y 48% (59/122) entre mujeres; padre o madre con 34% (20/58) entre hombres y 46% (56/122) entre mujeres, e internet o redes sociales con 41% (24/58) entre hombres y 39% (48/122) entre mujeres.

Gráfico 20. Fuentes de información sobre salud sexual 15- 19 años



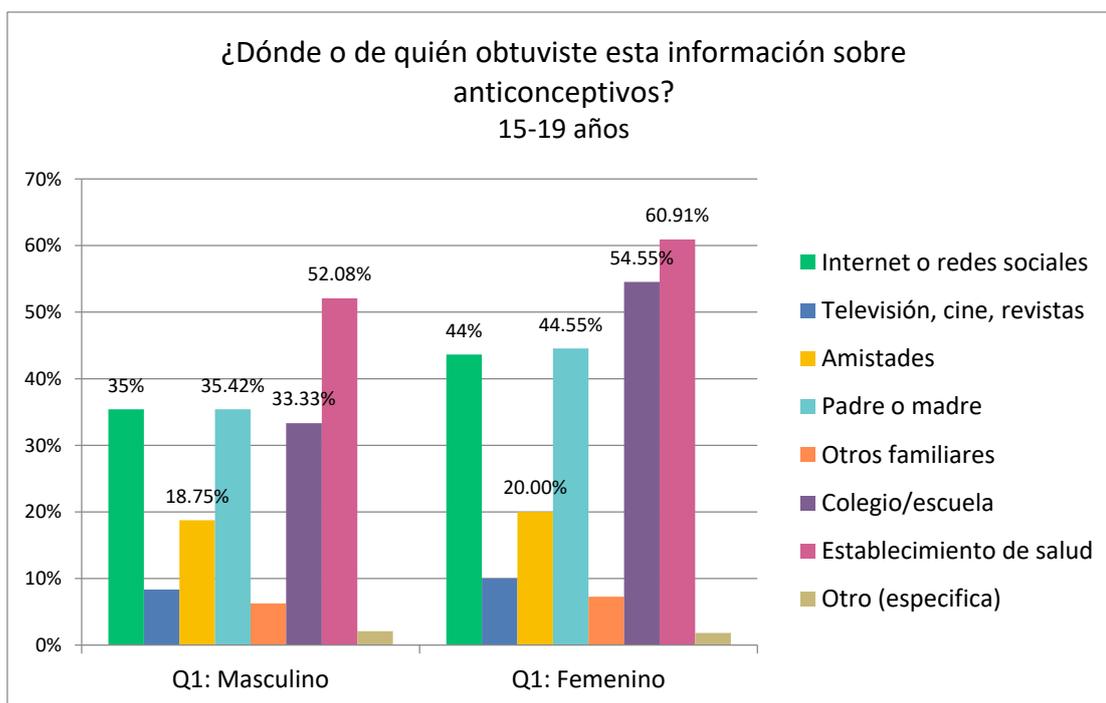
Para el grupo de 10-14 años, las principales fuentes de información son: padre o madre con 49% (37/75) entre hombres y 48% (67/140) entre mujeres; el establecimiento de salud con 40% (30/75) entre hombres y 48% (67/140) entre mujeres; colegio/escuela con 33% (25/75) entre hombres y 34% (48/140) entre mujeres, e internet o redes sociales con 29% (22/75) entre hombres y 21% (30/140) entre mujeres.

Gráfico 21. Fuentes de información sobre salud sexual 10- 14 años



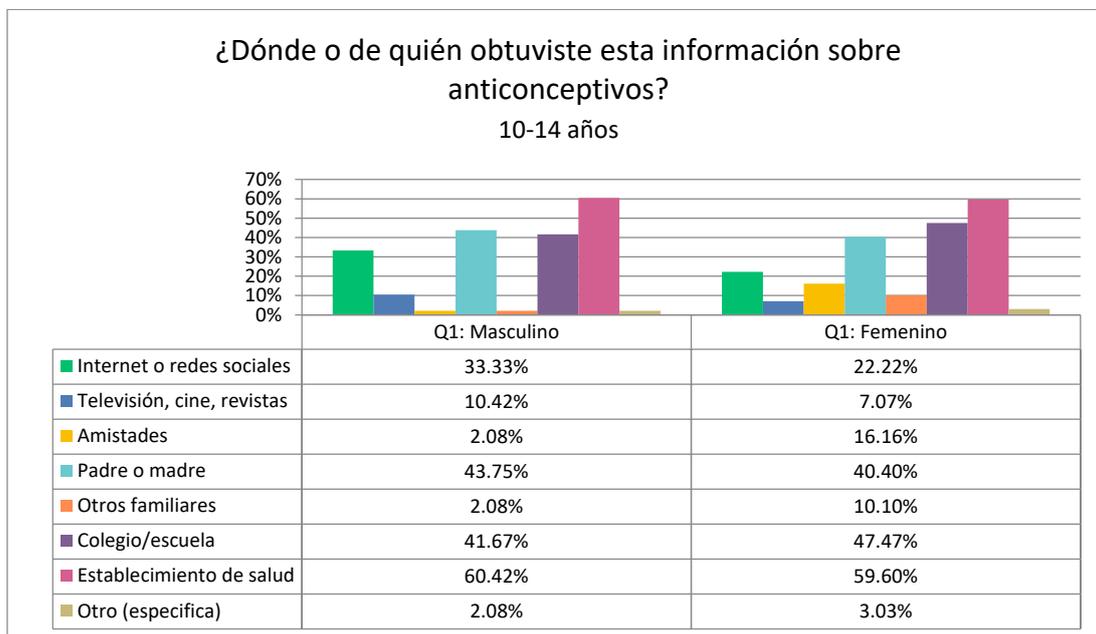
La gran mayoría de adolescentes en el grupo de 15-19 años, correspondiente a 93% (168/180), indica haber recibido alguna vez información sobre métodos anticonceptivos con 94% (115/122) entre las mujeres y 91% (53/58) entre los hombres, mientras que este porcentaje es menor, es decir, 73%, (158/216) entre los adolescentes de 10-14 años con 76% (107/140) entre las mujeres y 67% (51/76) entre los hombres. Las fuentes de información principales para los adolescentes de 15-19 años son: el establecimiento de salud con 61% (67/110) entre las mujeres y 52% (25/48) entre los hombres; colegio/escuela con 55% (60/110) entre las mujeres y 33% (16/48) entre los hombres, y padre o madre con 45% (49/110) entre las mujeres y 35% (17/48) entre los hombres.

Gráfico 22. Fuentes de información sobre métodos anticonceptivos 15- 19 años



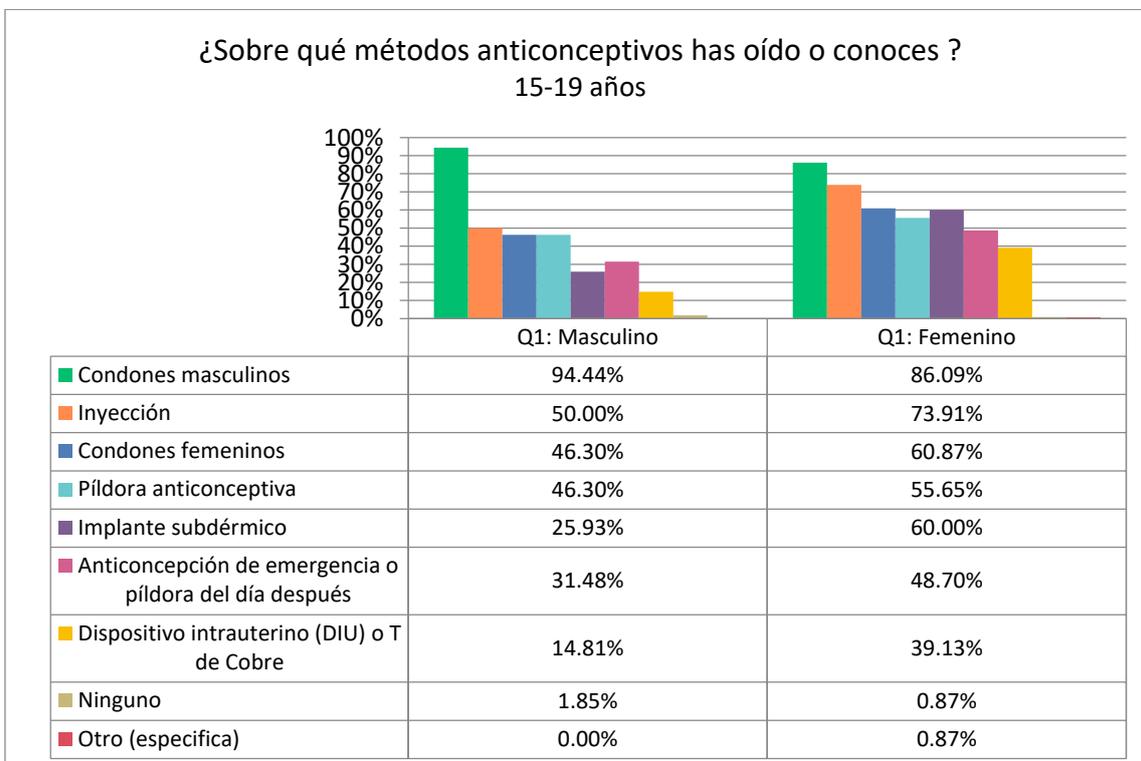
En el grupo de 10 a 14 años, las principales fuentes de información sobre anticonceptivos son el establecimiento de salud con 60% (29/48) entre hombres y 60% (59/99) entre mujeres, colegio/escuela con 42% (20/48) entre hombres y 47% (47/99) entre mujeres, y padre o madre con 44% (21/48) entre hombres y 40% (40/99) entre mujeres.

Gráfico 23. Fuentes de información sobre métodos anticonceptivos 10- 14 años



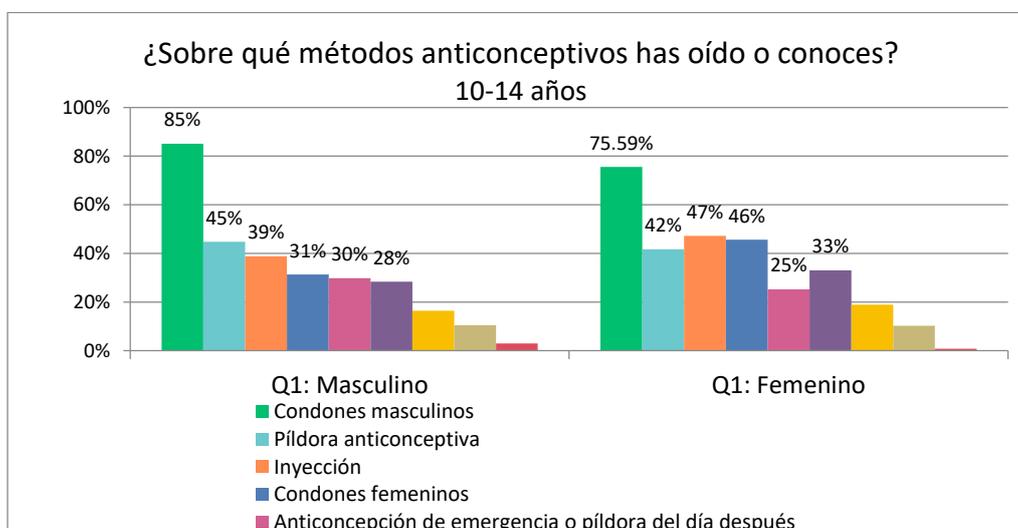
Los métodos anticonceptivos sobre los que más frecuentemente han oído o conocen los adolescentes de 15-19 años son: condones masculinos con 94% (51/54) entre hombres y 86% (99/115) entre mujeres; inyección con 50% (27/54) entre hombres y 74% (85/115) entre mujeres; condones femeninos con 46% (25/54) entre hombres y 61% (70/115) entre mujeres, y la píldora anticonceptiva con 46% (25/54) entre hombres y 56% (64/115) entre mujeres. Las mujeres conocen mucho más el implante subdérmico, específicamente un 60% (69/115) frente un 26% (14/54) entre los hombres. También la anticoncepción de emergencia es más conocida por las mujeres, con un 49% (56/115) frente a un 31% (17/54) entre los hombres. Finalmente, las mujeres también conocen más el DIU, si bien es el método menos conocido por ambos sexos.

Gráfico 24. Métodos anticonceptivos conocidos por adolescentes 15- 19 años



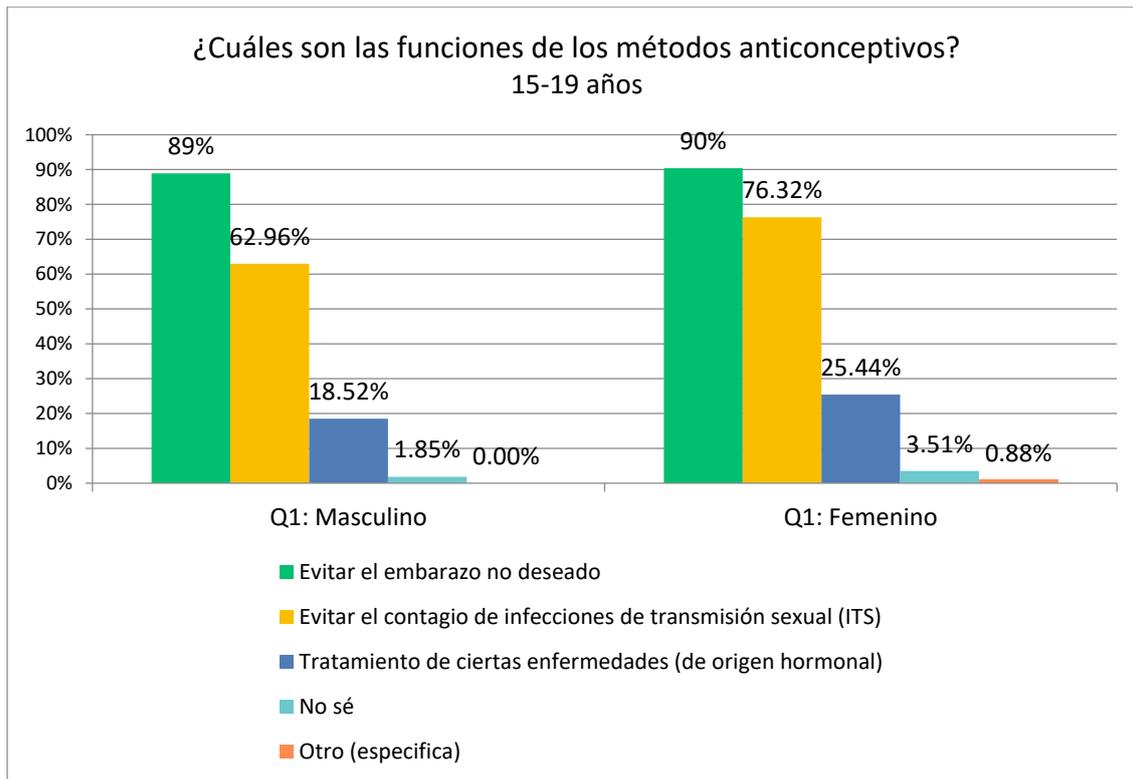
Entre los adolescentes de 10-14 años, los métodos anticonceptivos más conocidos son los condones masculinos con 85% (57/67) entre hombres y 76% (96/127) entre mujeres, la píldora anticonceptiva con 45% (30/67) entre hombres y 42% (53/127) entre mujeres, la inyección con 39% (26/67) entre hombres y 47% (60/127) entre mujeres, y los condones femeninos con 31% (21/67) entre hombres y 46% (58/127) entre mujeres.

Gráfico 25. Métodos anticonceptivos conocidos por adolescentes 10- 14 años



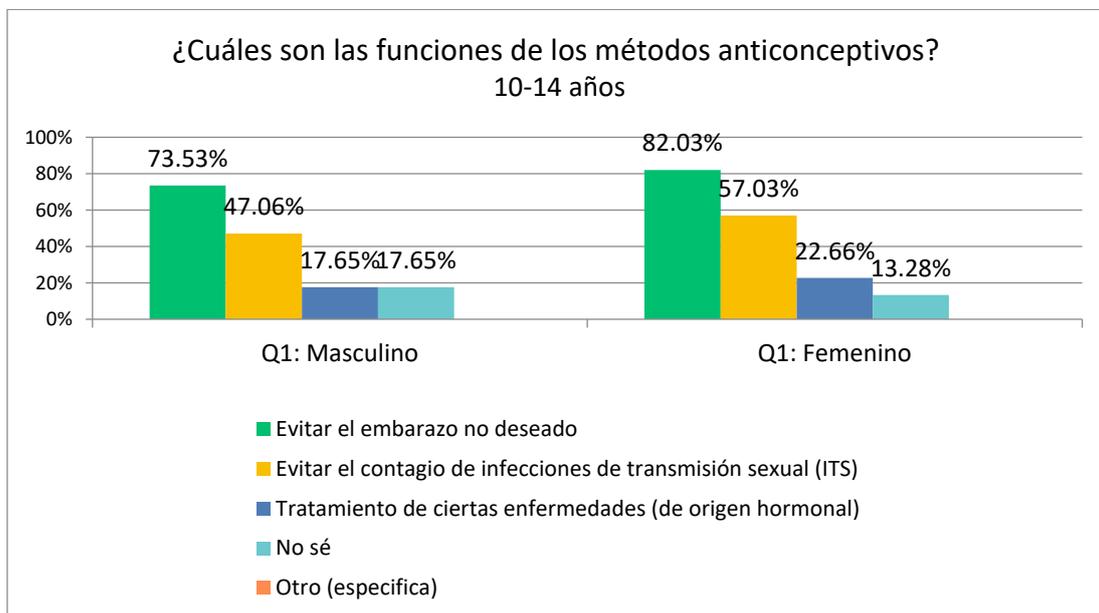
La gran mayoría de los adolescentes de 15-19 años identifican “evitar el embarazo” como la principal función de los anticonceptivos con 89% (48/54) entre hombres y 90% (103/114) entre mujeres, mientras que muchas más mujeres, un 76% (87/114), que hombres, un 63% (34/54), también identifican la función de “evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual”.

Gráfico 26. Funciones percibidas de métodos anticonceptivos 15- 19 años



El grupo de 10 a 14 años identifica en primer lugar “evitar el embarazo” con 76% (50/68) entre hombres y 82% (105/128) entre mujeres y, en segundo lugar, “evitar infecciones de transmisión sexual con 47% (32/68) entre hombres y 57% (73/128) entre mujeres.

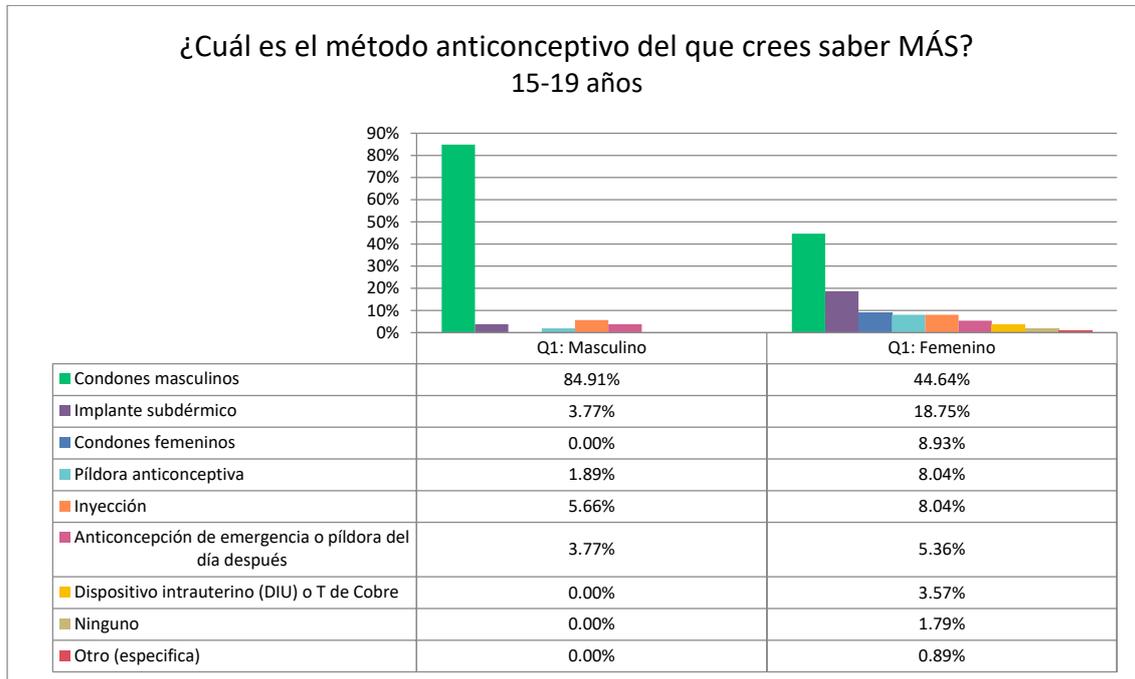
Gráfico 27. Funciones percibidas de métodos anticonceptivos 10- 14 años



La pregunta sobre si “todos los métodos anticonceptivos protegen de enfermedades de transmisión sexual” reveló brechas importantes en el conocimiento: 31% (52/168) de los adolescentes de 15-19 años y 28% de los de 10-14 respondieron afirmativamente; mientras que 16% de los primeros, y 26% de los segundos respondieron no saber al respecto. Prácticamente la mitad de todos los adolescentes dieron una respuesta incorrecta o no sabían qué responder.

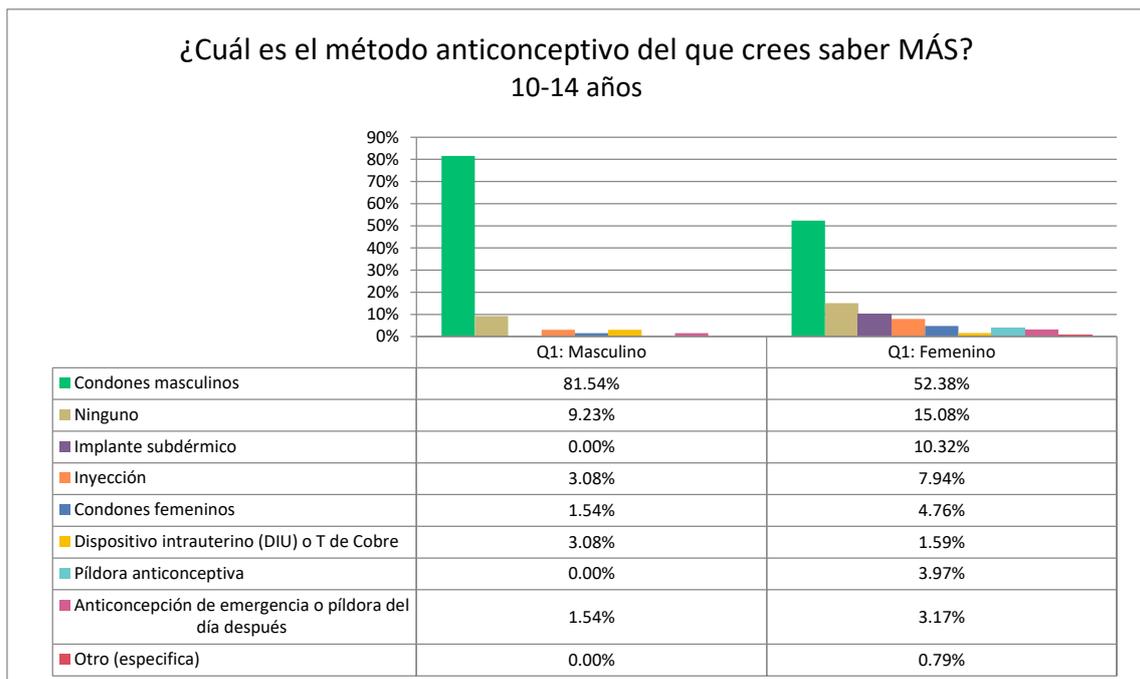
La pregunta sobre el método anticonceptivo sobre el que el adolescente cree saber más mostró diferencias importantes entre sexos: en el grupo de 15-19 años un 85% (45/53) de los hombres indicaron los condones masculinos frente al 45% (50/112) de las mujeres, mientras que éstas identificaron el implante subdérmico en un 19% (21/112), mucho más que los hombres con apenas un 4% (2/53). Los condones femeninos fueron identificados en un 9% (10/112) por las mujeres, pero por ninguno de los hombres. La inyección tuvo un 8% (9/112) entre las mujeres y 6% (3/53) entre los hombres.

Gráfico 28. Métodos anticonceptivos más conocidos por adolescentes 15- 19 años



En el grupo de 10-14 años el 82% (53/65) de los hombres y 52% (66/126) de las mujeres creen saber más sobre el condón masculino, sin embargo, un 15% (19/126) de las mujeres y 9% (6/65) de los hombres indicaron no saber mayormente de ningún método anticonceptivo. Un 10% de las mujeres mencionó el implante subdérmico, pero ninguno de los hombres.

Gráfico 29. Métodos anticonceptivos más conocidos por adolescentes 10- 14 años



En cuanto a los métodos anticonceptivos de los que los adolescentes creen saber menos, el grupo de 15-19 años identificó en primer lugar el dispositivo intrauterino con 33% (17/52) entre los hombres y 35% (40/114) entre las mujeres), seguido de condones femeninos con 6% (3/52) entre los hombres y 18% (20/114) entre las mujeres, y la inyección con 17% (9/52) entre hombres y 7% (8/114) entre mujeres. En el grupo de 10-14 años se sabe menos sobre el dispositivo intrauterino (35% hombres y 35% mujeres), seguido del implante subdérmico (17% hombres y 9% mujeres), y condones femeninos (9% hombres y 12% mujeres).

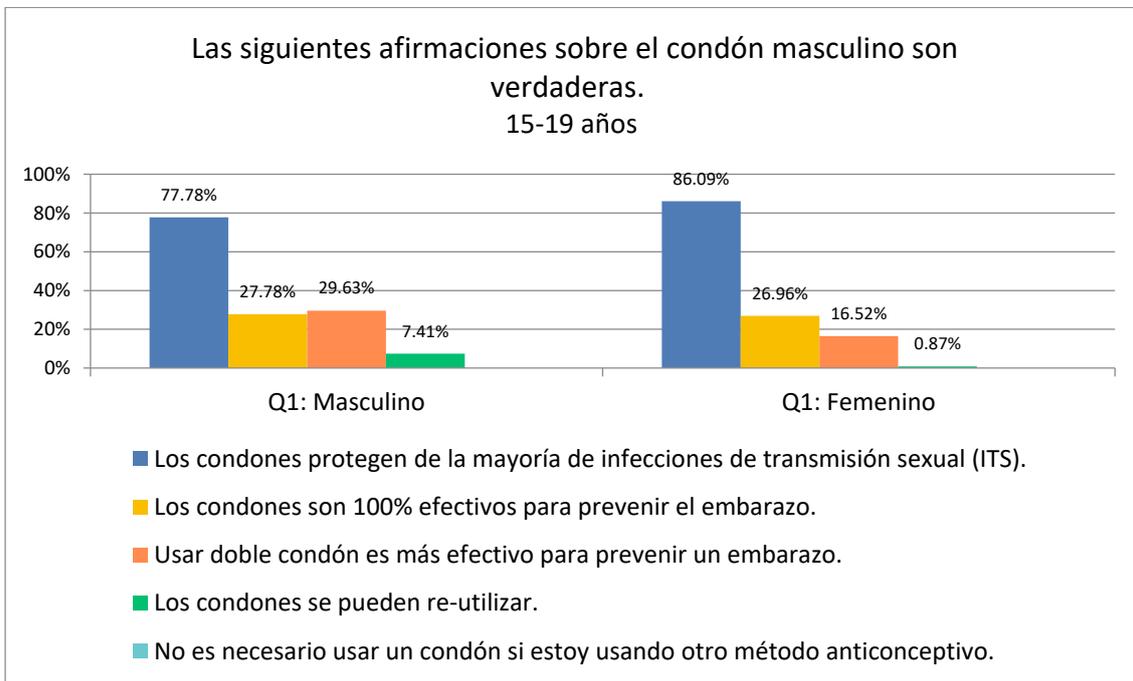
Al identificar los métodos anticonceptivos que protegen de embarazo y de infecciones de transmisión sexual al mismo tiempo, tanto los adolescentes de 15-19 años como los de 10-14 señalaron los condones masculinos: 87% (46/53) entre hombres y 73% (85/116) entre mujeres en el primer grupo, y 82% y 75% en el segundo grupo. En segundo lugar, identificaron los condones femeninos con 38% (20/53) entre hombres y 49% (57/116) entre mujeres en el primer grupo de edad, y 26% entre hombres y 44% mujeres en el segundo grupo.

La gran mayoría de los adolescentes de 15-19 años, un 70% (38/54) entre los hombres y 81% (94/116) entre las mujeres, identificaron correctamente que la píldora de anticoncepción de emergencia se usa para “evitar embarazos después de relaciones sexuales sin protección”. En el grupo de 10-14 años estos valores fueron de 57% (39/68) para hombres y 64% (81/127) para mujeres. Sin embargo, 11% (19/170) del grupo de 15-19 años y 8% (16/195) de 10-14 años indicaron que sirve para “proteger de enfermedades de transmisión sexual”. En esos mismos grupos de edad, 11% (19/170) y 14% (27/195) señalaron que sirve para “terminar el embarazo”, respuestas que evidencian falta de información veraz al respecto.

De acuerdo al MSP, “si bien la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) aprobó el uso de las PAE hasta 72 horas después de una relación sexual sin protección, se ha demostrado que las PAE disminuyen el riesgo de embarazo si son tomadas hasta 120 horas después de dicha relación” (11). Preguntamos a los/las adolescentes acerca del tiempo máximo después de una relación sexual para que la PAE pueda dar protección. Lo que más llamó la atención en las respuestas fue el porcentaje elevado que respondieron “No sé”: 28% de hombres y 36% mujeres en el grupo de 15-19 años. En el grupo de 10-14 años este porcentaje que indicó no saber ascendió a 49% (33/67) entre los hombres y a 35% (45/128) entre las mujeres. El resto de adolescentes dio respuestas que están en rangos correctos.

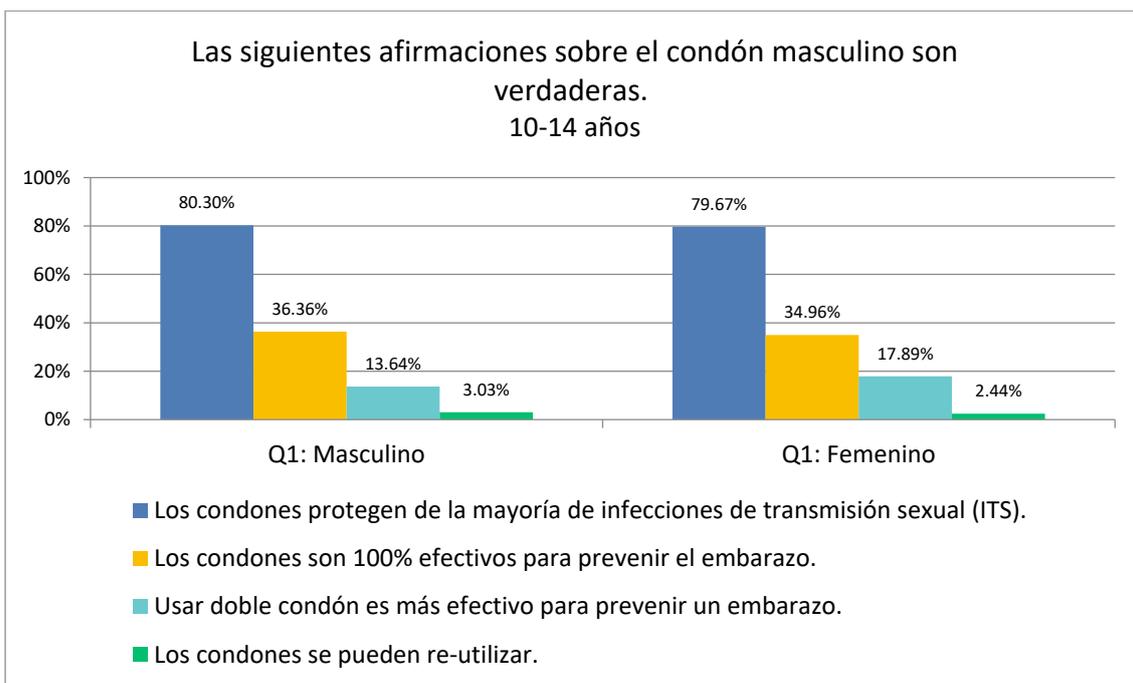
El Gráfico 29 muestra los conocimientos del grupo de 15-19 años sobre condones masculinos. La mayoría, correspondiente a un 78% (42/54) entre los hombres y 86% (99/115) entre las mujeres, señalan que los condones ofrecen protección contra enfermedades de transmisión sexual, pero 28% (15/54) de los hombres y 27% (31/115) de las mujeres incorrectamente afirman que son 100% efectivos para proteger de un embarazo.

Gráfico 30. Conocimientos sobre condón masculino 15-19 años



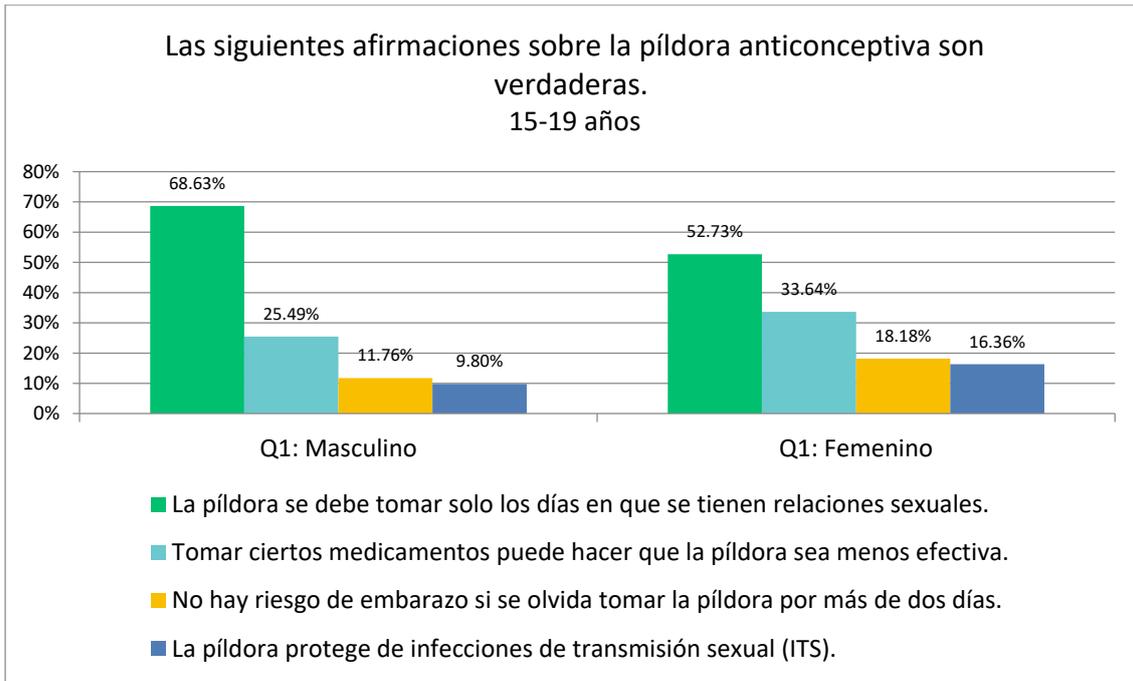
En el grupo de 10-14 años, un 80% en ambos sexos indican que los condones protegen contra enfermedades de transmisión sexual, mientras que 36% de hombres y 35% de mujeres incorrectamente afirman que son 100% efectivos para proteger de un embarazo.

Gráfico 31. Conocimientos sobre condón masculino 10-14 años



La encuesta evidenció brechas importantes en conocimientos sobre la píldora anticonceptiva cuando 69% (35/51) de hombres y 53% (58/110) de mujeres de 15-19 años indicaron que ésta “se debe tomar solo los días en que se tienen relaciones sexuales”. Esta respuesta estuvo presente en el 56% de los adolescentes de 10-14 años.

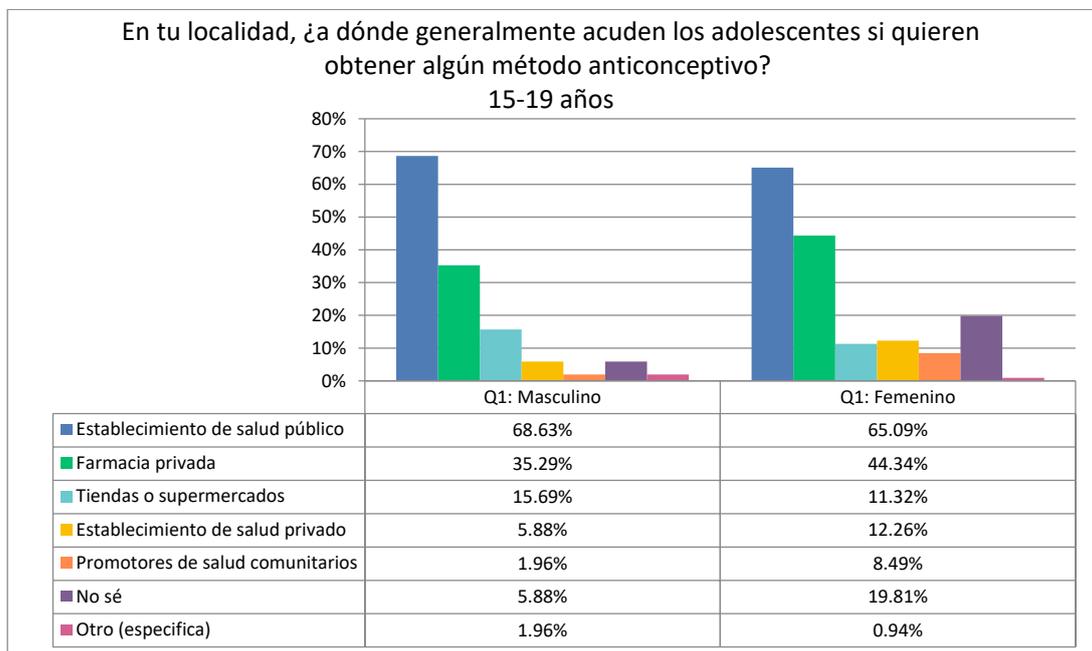
Gráfico 32. Conocimientos sobre píldora anticonceptiva 15-19 años



11.5 Acceso a MAC y uso de servicios de SSSR

La encuesta preguntó a los adolescentes a dónde acuden preferentemente cuando quiere obtener un método anticonceptivo. Se les indicó que podían seleccionar más de una opción de las que se muestran en la gráfica siguiente.

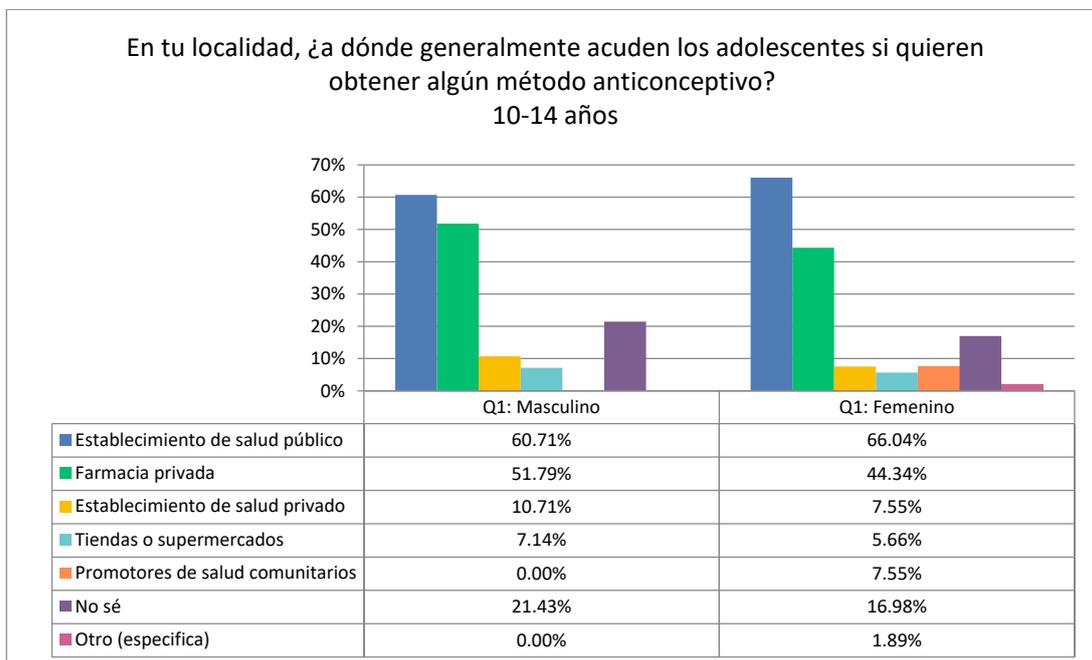
Gráfico 33. Dónde obtienen métodos anticonceptivos los adolescentes 15-19 años



La principal respuesta del grupo de 15-19 años sobre el lugar dónde la mayoría de adolescentes obtiene un anticonceptivo es el establecimiento de salud público con 69% (35/51) entre los hombres y 65% (69/106) entre las mujeres. Hay que tener presente que la muestra proviene de adolescentes de clubes adscritos a un centro de salud, por lo cual es de esperar que tengan una relación cercana con el establecimiento. En segundo lugar, mencionaron una farmacia privada con 44% (47/106) entre las mujeres y 35% (18/51) entre los hombres, y las tiendas o supermercados con 16% (8/51) entre hombres y 11% (12/106) entre mujeres; esto último se correlaciona con respuestas previas en las que se evidenció que los condones masculinos son el método más preferido y más usado. Llama la atención el 20% (21/106) de las repuestas de mujeres que indicaron no saber a dónde acuden los adolescentes para este fin.

La siguiente gráfica muestra las respuestas del grupo de 10-14 años a esta misma pregunta.

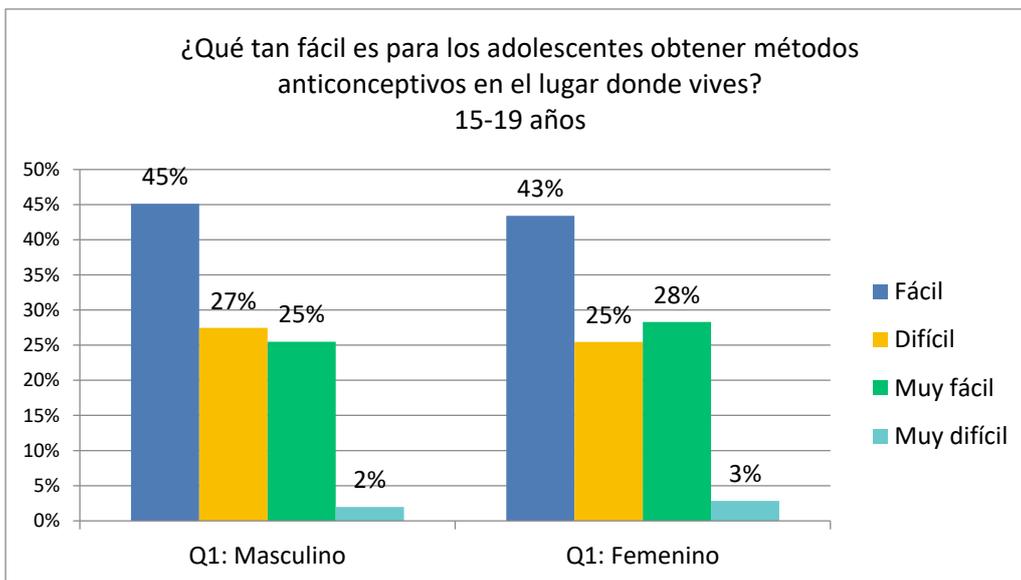
Gráfico 34. Dónde obtienen métodos anticonceptivos los adolescentes 10-14 años



Como se observa, al igual que en el grupo de mayor edad, las respuestas más frecuentes identificaron al establecimiento de salud público con 61% (34/56) entre los hombres y 66% (70/106) entre las mujeres y, en segundo lugar, la farmacia privada con 44% (47/106) entre las mujeres y 52% (29/56) entre los hombres. Llama la atención el porcentaje importante de respuestas “No sé” con 21% (12/56) entre hombres y 17% (18/106) entre mujeres, que probablemente indica, como ya sugerían respuestas a preguntas previas de la encuesta, que este grupo de edad no usa frecuentemente métodos anticonceptivos.

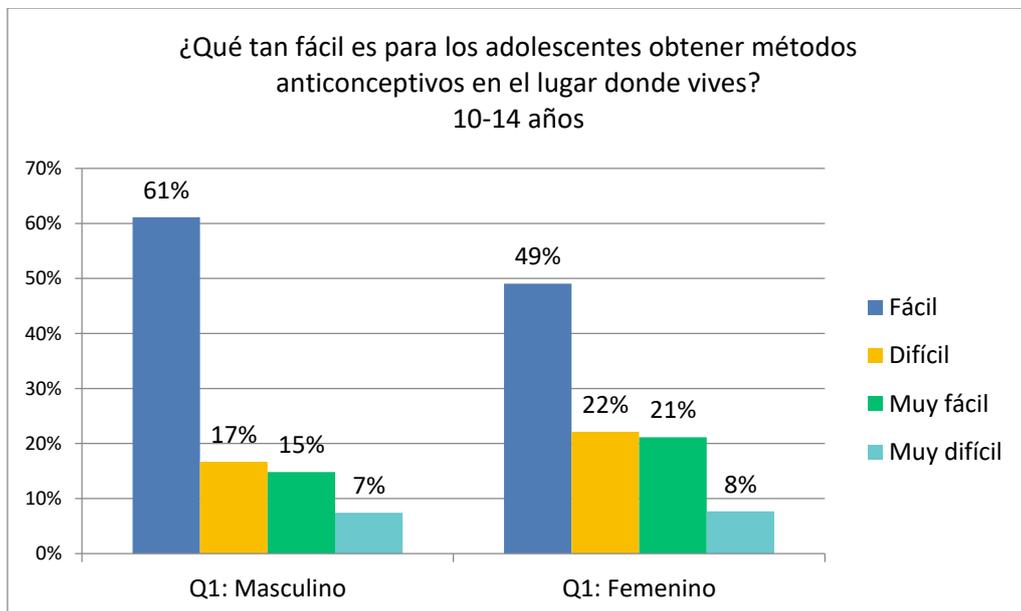
En cuanto al grado de facilidad para obtener métodos anticonceptivos, las respuestas más frecuentes de los adolescentes de 15-19 años fueron que dicha obtención es “fácil” con 45% (23/51) entre los hombres y 43% (46/106) entre las mujeres; “muy fácil” con 28% (30/106) entre mujeres y 25% (13/51) entre hombres; “difícil” con 27% (14/51) entre hombres y 25% (27/106) entre mujeres, y “muy difícil” con 3% (3/106) entre mujeres y 2% (1/51) entre hombres. Se percibe que la obtención de anticonceptivos es mayoritariamente fácil o muy fácil para la mayoría de este grupo de edad, ya que el 70% de los hombres y el 71% de las mujeres respondieron de esta manera.

Gráfico 35. Facilidad para obtener métodos anticonceptivos 15-19 años



La siguiente gráfica muestra las respuestas para esta misma pregunta en el grupo de 10-14 años.

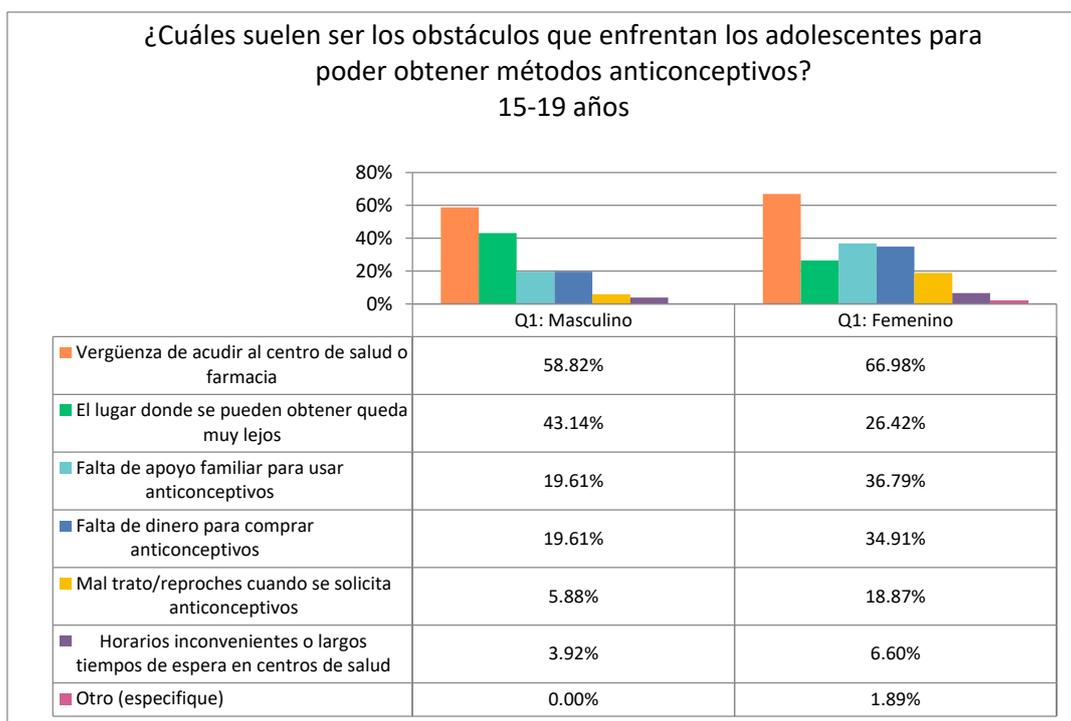
Gráfico 36. Facilidad para obtener métodos anticonceptivos 10-14 años



Las respuestas más frecuentes de los adolescentes de 10-14 años fueron “fácil” con 61% (33/54) entre los hombres y 49% (51/104) entre las mujeres, pero a diferencia del grupo de edad mayor, la categoría “difícil” apareció en segundo lugar con 17% (9/54) entre los hombres y 22% (23/104) entre las mujeres, seguida de “muy fácil” con 21% (22/104) entre las mujeres y 15% (8/54) entre los hombres, y “muy difícil” con 8% (8/104) entre mujeres y 7% (4/54) entre hombres.

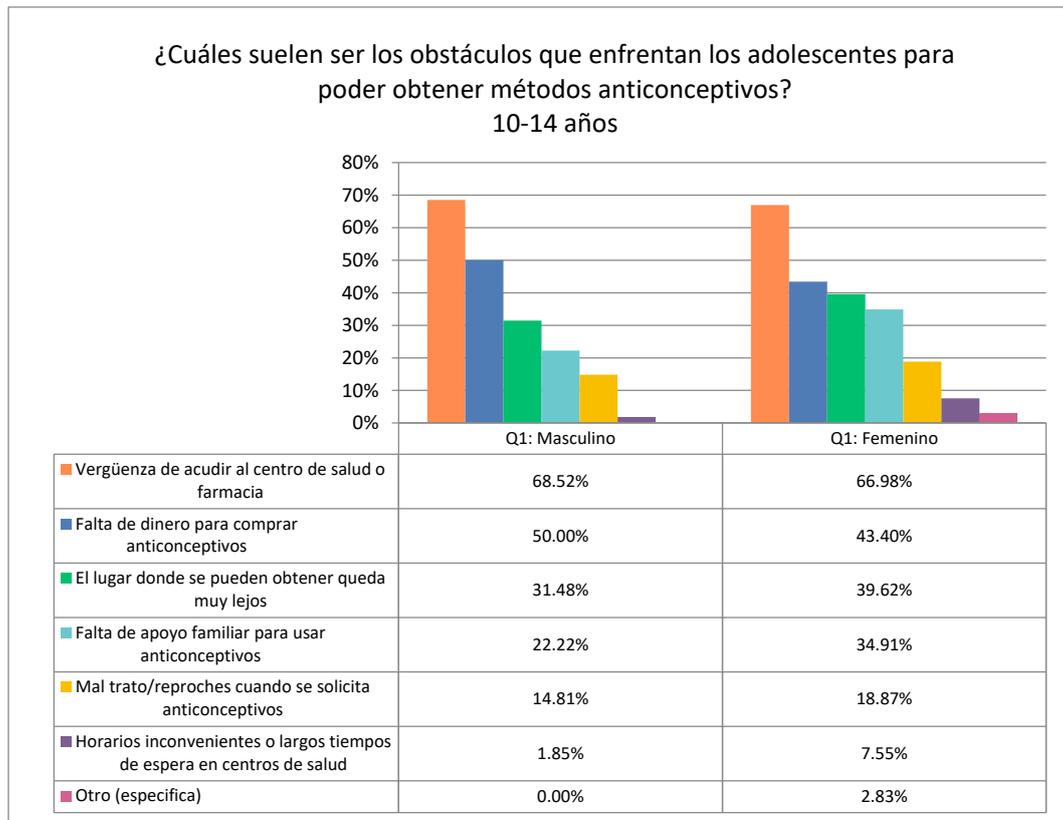
La encuesta averiguó sobre los principales obstáculos que enfrentan los adolescentes en la obtención de anticonceptivos, indicando que pueden escoger más de un obstáculo. Entre los adolescentes de 15-19 años, el principal obstáculo mencionado fue “vergüenza de acudir al centro de salud o farmacia” con 67% (71/106) entre las mujeres y 59% (30/51) entre los hombres, seguido de “falta de apoyo familiar para usar anticonceptivos” con 37% (39/106) entre las mujeres, y “el lugar donde se pueden obtener queda muy lejos” con 43% (22/51) entre los hombres; también se mencionó “falta de dinero para comprar anticonceptivos” con 35% (37/106) entre las mujeres y 20% (10/51) entre los hombres.

Gráfico 37. Obstáculos para obtener métodos anticonceptivos 15-19 años



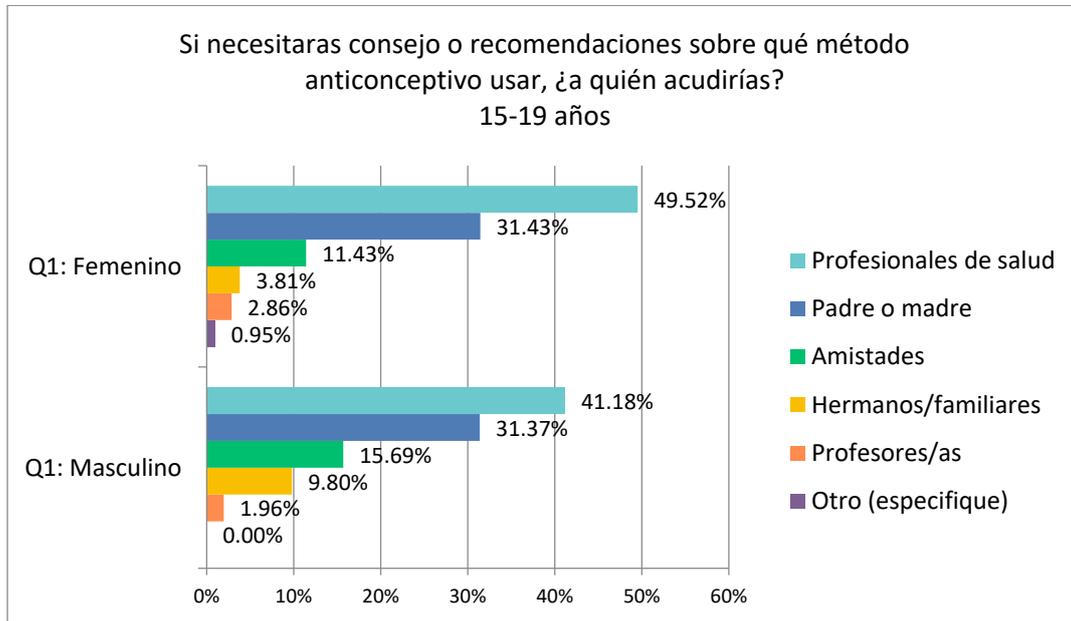
En el grupo de 10-14 años estas respuestas mostraron, al igual que entre los mayores, la “vergüenza de acudir al centro de salud o farmacia” como la más frecuente con 67% (71/106) entre las mujeres y 69% (37/54) entre los hombres; en segundo lugar estuvo “falta de dinero para comprar anticonceptivos” con 43% (46/106) entre las mujeres y 50% (27/54) entre los hombres y, en tercer lugar, “el lugar donde se pueden obtener queda muy lejos” con 40% (42/106) entre las mujeres y 31% (17/54) entre los hombres.

Gráfico 38. Obstáculos para obtener métodos anticonceptivos 10-14 años



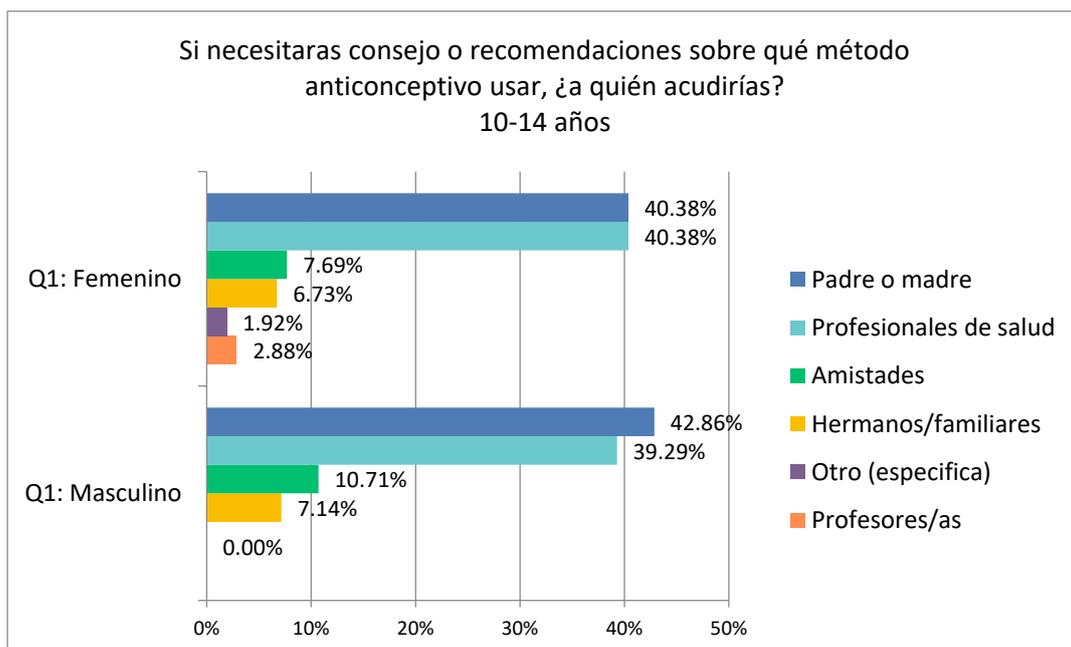
Preguntamos a los adolescentes a quién acudirían preferentemente si tuviera necesidad de consejo sobre qué método usar. En primer lugar, indicaron “profesionales de la salud” con 50% (52/105) entre las mujeres y 41% (21/51) entre los hombres, lo cual resalta la importancia de los establecimientos de salud en la asesoría; en segundo lugar, mencionaron “padre o madre” con 31% en ambos sexos y, en tercer lugar, “amistades” con 16% (8/51) entre los hombres y 11% (12/105) entre las mujeres, como lo muestra la siguiente gráfica.

Gráfico 39. Fuente preferida de consejería sobre métodos anticonceptivos 15-19 años



Como se ve a continuación, los adolescentes de 10-14 años prefieren pedir consejo en primer lugar al padre o madre con 43% (24/56) entre los hombres y 40% (42/104) entre las mujeres; en segundo lugar a “profesionales de la salud” con 40% (42/104) entre las mujeres y 39% (22/56) entre los hombres; en tercer lugar a “amistades” con 11% (6/56) entre hombres y 8% (8/104) ente mujeres y, en cuarto lugar, a “hermanos o familiares” con 7% entre hombres (4/56) y mujeres (7/104).

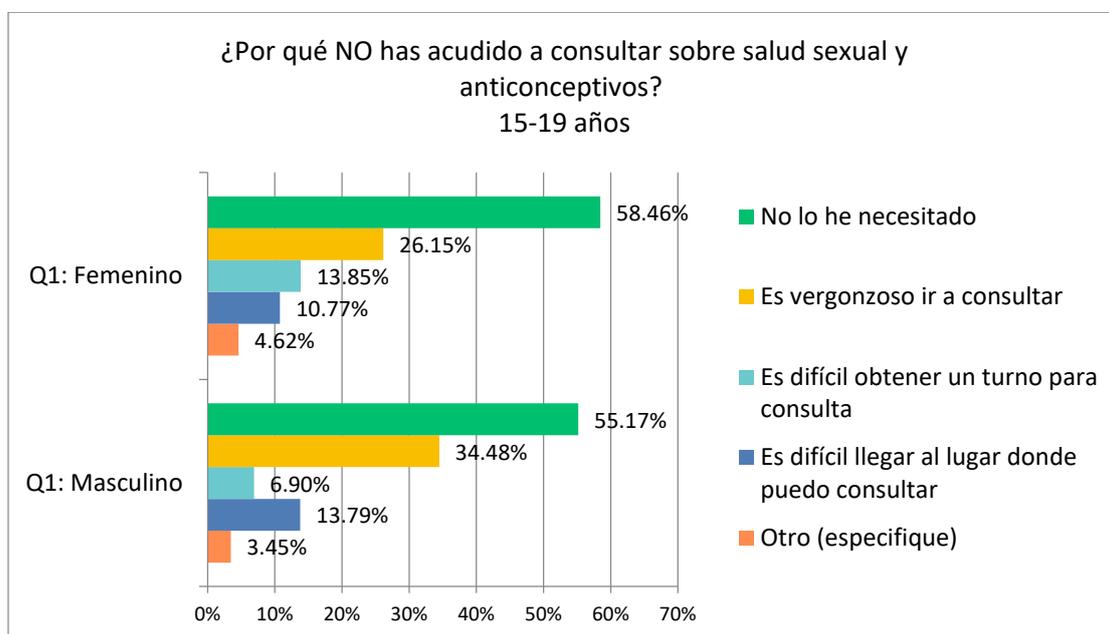
Gráfico 40. Fuente preferida de consejería sobre métodos anticonceptivos 10-14 años



En el grupo de 15-19 años, 43% (22/51) de los hombres y 39% (41/106) de las mujeres manifestaron haber ido alguna vez a un establecimiento de salud para consultar sobre salud sexual o métodos anticonceptivos, mientras que entre los adolescentes de 10-14 años, 45% de los hombres y 30% de las mujeres indicaron haberlo hecho.

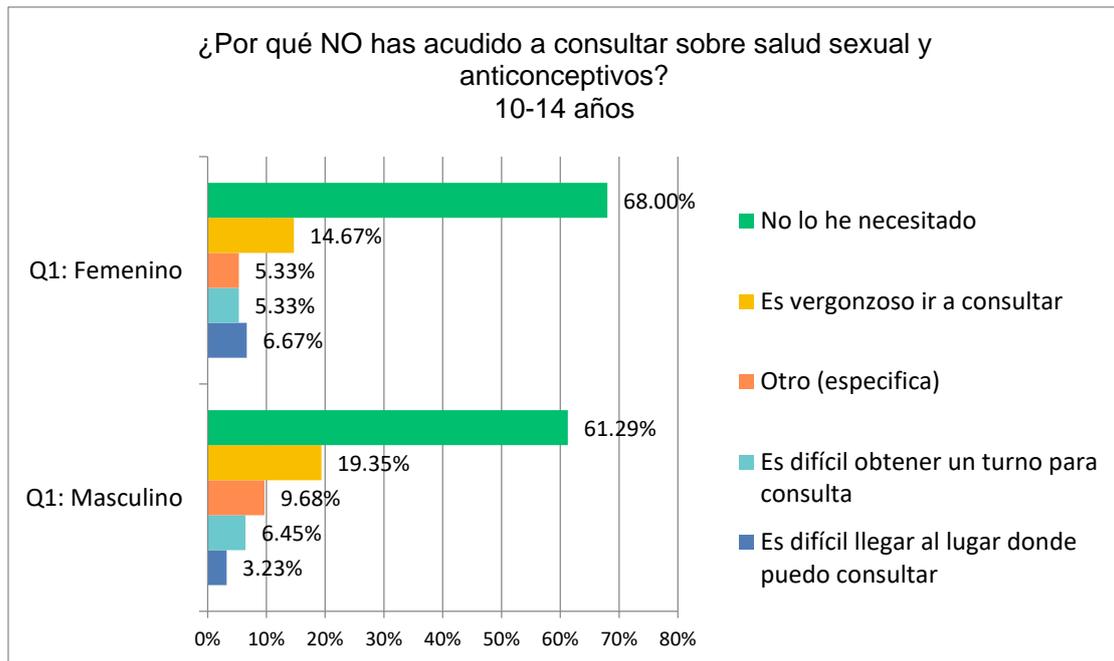
Preguntamos a quienes no han ido nunca a un centro de salud a consultar sobre salud sexual y anticonceptivos las razones por las que no lo han hecho, indicando que pueden mencionar más de una. La siguiente gráfica las señala.

Gráfico 41. Razones para no acudir a consulta de anticoncepción 15-19 años



Entre los adolescentes de 15-19 años, la principal razón fue “no haberlo necesitado” con 58% (38/65) entre las mujeres y 55% (16/29) entre los hombres; la segunda razón fue “es vergonzoso ir a consultar” con 34% (10/29) entre los hombres y 26% (17/65) entre las mujeres; la tercera razón fue “es difícil llegar al lugar donde puedo consultar” con 14% (4/29) entre hombres, y “es difícil obtener un turno para consulta” con 14% (9/65) entre las mujeres.

Gráfico 42. Razones para no acudir a consulta de anticoncepción 10-14 años



No haberlo necesitado también es la razón más frecuente entre los adolescentes más jóvenes, mientras que las demás razones siguen un patrón bastante similar a las razones proporcionadas por los adolescentes del grupo de mayor edad.

A la pregunta de “¿A qué lugar fuiste la vez más reciente a consultar?”, la respuesta más frecuente de los adolescentes de 15-19 años, que reflejo valores muy altos, fue “establecimiento de salud público” con 91% (20/22) entre los hombres y 86% (32/37) entre las mujeres, seguido de “establecimiento de salud privado” con 9% (2/22) entre los hombres y 11% (4/37) entre las mujeres. Estas respuestas fueron muy similares entre los adolescentes de 10-14 años: “establecimiento de salud público” ocupó el primer lugar con 92% (23/25) entre los hombres y 91% (29/32) entre las mujeres), seguido de “establecimiento de salud privado” con 8% (2/25) de los hombres y 6% (2/32) de las mujeres.

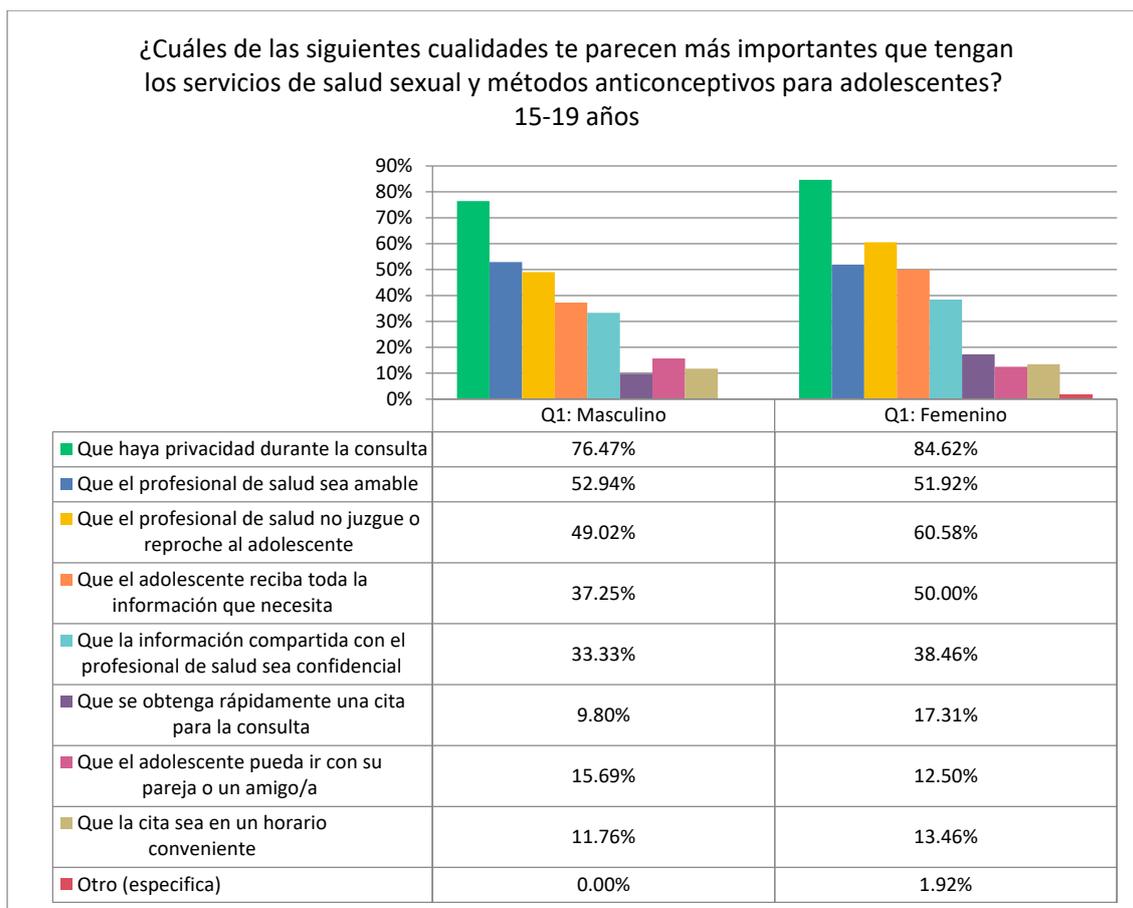
La pregunta “Cuando fuiste, ¿pudiste resolver las necesidades de anticonceptivos y de información que tenías? fue respondida afirmativamente por 95% (21/22) de los hombres y 79% (31/39) de las mujeres en el grupo de 15-19 años, y por 96% de los hombres y 97% de las mujeres en el grupo de adolescentes de 10-14 años.

Cuando los adolescentes fueron preguntados sobre “¿te parece que los establecimientos de salud facilitan y ayudan a que vayan adolescentes para recibir anticonceptivos?”, 86% (43/50) de los hombres y 73% (75/103) de las mujeres en el grupo de 15-19 años respondieron que sí; 8% (4/50) de hombres y 5% (5/103) de mujeres contestaron que no, mientras que 6% (3/50) de hombres y 22% (23/103) de mujeres dijeron no saber. Estas respuestas entre los adolescentes de 10-14 años fueron afirmativas para el 65% (36/55) de hombres y 69% (72/104) de mujeres, negativas para el

11% (6/55) de hombres y 5% (5/104) de mujeres, mientras que 24% (13/55) de hombres y 26% (27/104) de mujeres respondieron “no sé”.

Finalmente, la encuesta averiguó con los adolescentes cuáles cualidades le parecen más importantes que tengan los servicios de atención de salud sexual y reproductiva, pidiéndoles que señalen las tres que les parecen más importantes. Entre las respuestas de los de 15-19 años, la cualidad que fue mencionada en primer lugar fue “que haya privacidad durante la consulta” con 85% (88/104) de las mujeres y 76% (39/51) de los hombres, seguida de “que el profesional de salud no juzgue o reproche al adolescente” con 61% (63/104) de las mujeres y 49% (25/51) de los hombres; “que el profesional de salud sea amable” con 53% (27/51) de los hombres y 52% (54/104) de las mujeres; “que el adolescente reciba toda la información que necesita” con el 50% (52/104) de las mujeres y 37% (19/51) de los hombres, y “que la información compartida con el profesional de salud sea confidencial” con 38% (40/104) de las mujeres y 33% (17/51) de los hombres, como se puede apreciar en la siguiente gráfica.

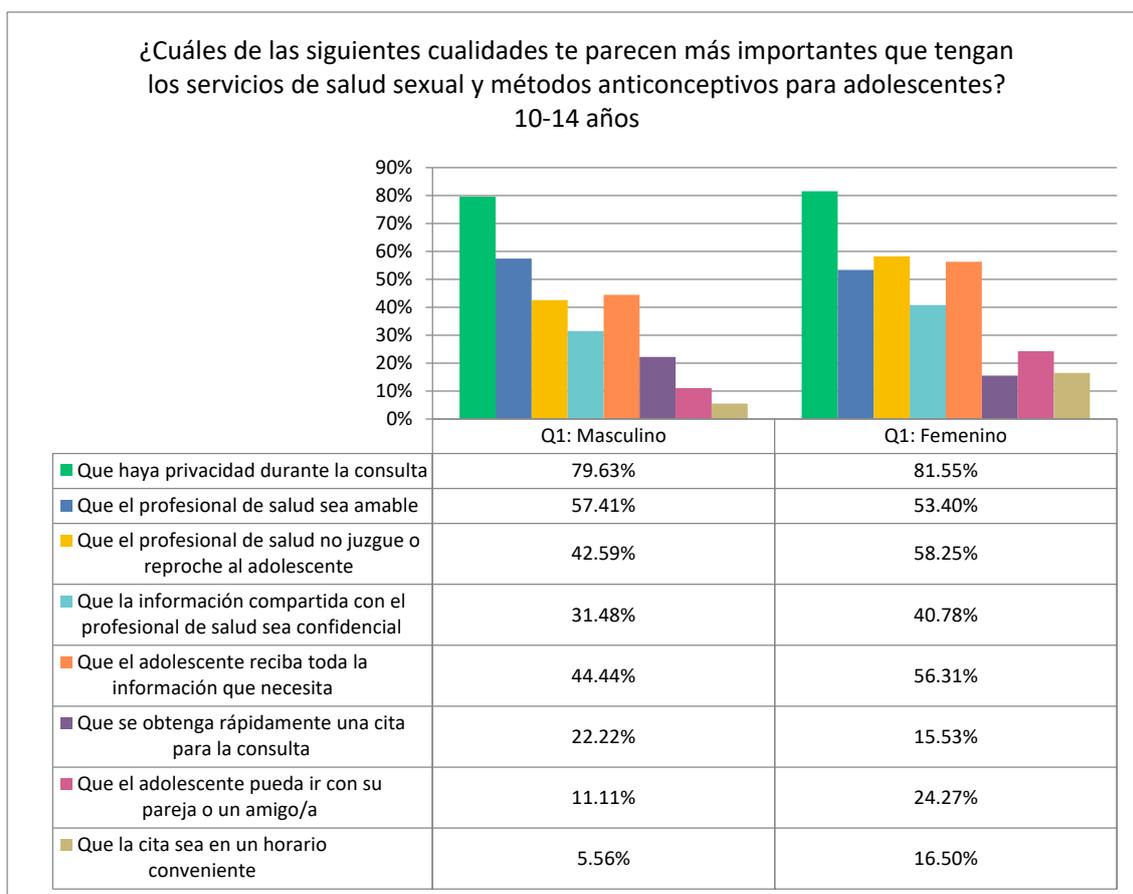
Gráfico 43. Cualidades más importantes para los servicios de SSSR y anticoncepción 15-19 años



Por último, las respuestas a la misma pregunta que dieron los adolescentes de 10-14 años no difirieron mucho de las que dieron los mayores: en primer lugar estuvo “que haya privacidad

durante la consulta” con 82% (84/103) de las mujeres y 80% (43/54) de los hombres, seguida de “que el profesional de salud sea amable” con 57% (31/54) de los hombres y 53% (55/103) de las mujeres; “que el profesional de salud no juzgue o reproche al adolescente” con 58% (60/103) de las mujeres y 43% (23/54) de los hombres; “que el adolescente reciba toda la información que necesita” con 56% (58/103) de las mujeres y 44% (24/54) de los hombres, y “que la información compartida con el profesional de salud sea confidencial” con 41% (42/103) de las mujeres y 31% (17/54) de los hombres, como se ve en el gráfico final.

Gráfico 44. Cualidades más importantes para los servicios de SSSR y anticoncepción 10-14 años



12. Resultados del componente cualitativo

Como se mencionó anteriormente, las entrevistas se llevaron a cabo mayoritariamente entre adolescentes mujeres pertenecientes al rango de edad de 15 a 19 años, mientras que los grupos focales se implementaron sobre todo en formato mixto (mujeres y hombres), por grupo de edad, y en mayor cantidad para el grupo de 15-19 años.

12.1 Percepciones sobre la actividad sexual y uso de MAC entre adolescentes

Desde la perspectiva de una buena parte de los participantes de entrevistas y grupos focales, es común que los adolescentes de sus localidades ya hayan empezado a tener relaciones sexuales hacia la mitad de su adolescencia, es decir, entre los 13 y 15 años, aunque también hubo quienes piensan que hay adolescentes que empiezan su vida sexual a edades aún más tempranas, como ilustran los siguientes fragmentos.

Facilitadora: Hablando en general ¿a qué edad piensan ustedes que los chicos y chicas empiezan a tener relaciones sexuales?

Participante H: Los 20 y 19 [risas].

Participante M: No sé, ni empiezo [risas].

Participante H: No, no, no, hay veces que antes, pero la mayoría son de los 15

Participante H: La mayoría ahorita son de 13, 14...

Participante M: ...de 15, 14,

Participante H: 11, 10...

Participante M: Yo tengo una tía que quedó embarazada a los 11 años.

Participante H: What?!!

Participante H: En el tiempo de antes creo que las mujeres quedaban preñadas más pequeñas que ahorita en la actualidad.

Participante H: Mi abuela tiene 13 hijos, imagínese nomás.

Facilitadora: O sea, si le tuvieran que poner un promedio más o menos. ¿Cuál creen que sea?

Participante H: ¿de ahorita?

Facilitadora: Sí, hoy en día.

Participante H: Entre 13 y 14.

Participante H: Entre 13, 14 y 15².

Facilitadora: ¿a qué edad creen que [los adolescentes] empiezan a tener relaciones sexuales?

Participante M: Desde los 15.

Participante M: Algunos desde los diez.

Participante M: Doce.

Participante M: Ahorita desde los 8, en esta época.

Participante M: En esta época a partir de los 8.

Facilitadora: ¿digamos, un promedio de la mayoría?

Participante M: [inaudible] las chicas a los 12, 10...

Participante M: A los 15 y 16 [inaudible].

Participante M: Como desde los 12 para arriba³.

Cabe notar que algunos participantes piensan que los adolescentes hombres comenzarían su vida sexual antes o serían más activos que las adolescentes mujeres, si bien esta perspectiva no fue unánime, pues también hubo quienes dijeron que las adolescentes igualmente inician su vida sexual a edades tempranas.

Un gran número de entrevistados y participantes de grupos focales tiene la percepción de que el uso de MAC entre los adolescentes es bajo o no es común; varios lo explicaron en función de los casos de embarazos en sus localidades.

² Grupo focal, provincia de Manabí.

³ Grupo focal, provincia de Chimborazo.

Facilitadora: De esos adolescentes, chicas, chicos que ya están teniendo relaciones sexuales, ¿qué tan común creen que es que usen anticonceptivos?

Participante H: Un 15 por ciento.

Facilitadora: Un 15 por ciento...

Participante H: De una ahí [risas]

Participante H: No se sabe, no hay información.

Facilitadora: Por ejemplo, 15 por ciento es bajo...

Participante H: Y sí pues.

Facilitadora: ¿Ustedes piensan que no es tan común, tal vez?

Participante H: No.

Participante H: Si nos referimos tal vez a que hay bastantes casos de embarazos⁴.

Facilitadora: ¿Y piensan que la mayoría de adolescentes que ya están teniendo relaciones sexuales usan algún método anticonceptivo?

Varias participantes: No.

Participante M: Porque se embarazan.

Participante M: Porque hay muchos embarazos de adolescentes⁵.

Entrevistadora: desde tu perspectiva, ¿tú que crees que la mayoría usa métodos o no?

Entrevistado: No lo usan.

Entrevistadora: ¿Por qué crees que no están usando?

Entrevistado: No usan, se quedan embarazadas y por eso hay bastantes abortos y bastantes enfermedades que están saliendo⁶.

Al ser consultados sobre los tipos de MAC que consideran son los más usados por las/los adolescentes que optan por utilizar algún método, la gran mayoría de participantes del estudio indicó que en primer lugar figurarían los condones masculinos, sobre todo debido a la facilidad para obtenerlos.

Entrevistadora: Y digamos, entre los chicos y chicas de tu edad, que ya están teniendo relaciones sexuales y están usando algún método anticonceptivo, ¿cuál crees que es el que se usa más?

Entrevistada: Creo que los condones.

Entrevistadora: ¿Los condones?, ¿Por qué crees?

Entrevistada: Yo creo, que es porque [se] consigue más fácil o porque lo usan los hombres, porque el femenino es más difícil de usar⁷.

En segundo lugar, los participantes consideraron que los MAC más usados son los implantes y las pastillas del día después; en el caso de las últimas, su uso también se explicaría por la facilidad de acceso, como ilustran las siguientes citas.

Entrevistada: Pero aquí, como le decía, los adultos son los que usan más inyecciones y todo eso. O bueno, las mujeres que ya tienen como 20 también, en cambio los adolescentes se cuidan con preservativo y las pastillas [de emergencia]. Porque al momento de tener que inyectarse todo eso, tienen que venir al hospital o llevar ya un, o sea, ya su día, saben cuánto se van a ponerse, un

⁴ Grupo focal 15-19 años, provincia de Manabí.

⁵ Grupo focal 15-19 años, provincia de Chimborazo.

⁶ Entrevista a informante clave 15-19 años, sexo masculino, provincia de Morona Santiago.

⁷ Entrevista a informante clave 15-19 años, sexo femenino, provincia de Manabí.

control, ya. En cambio, ellos... usted sabe que uno de joven, entonces uno no tiene control ni de uno mismo. Por eso prefieren el método más fácil que sería ese⁸.

Entrevistadora: De los adolescentes que tal vez sí usan métodos anticonceptivos. ¿Cuáles crees que sean los que están usando los chicos y chicas de tu edad hoy en día?

Entrevistado: Las pastillas [de emergencia] o los condones.

Entrevistadora: Las pastillas o los condones... ¿por qué crees que eligen esos dos?

Entrevistado: Porque son más fáciles de colocarse, creo.

Entrevistadora: Más fácil de colocarse el condón... Y las pastillas ¿porque será que las eligen?

Entrevistado: Porque solo hay que tomarse y ya. En cambio, los otros tienen que ir a inyectarse o ponerse implantes⁹.

En el caso del implante, las razones propuestas por los participantes para explicar su uso incluyen la duración del método, la discreción que ofrecen a las usuarias y su efectividad para prevenir los embarazos.

Entrevistadora: Aparte del condón, ¿cuál otro método crees que usen con más frecuencia?

Entrevistada: El implante.

Entrevistadora: El implante. ¿Por qué crees que escogen el implante?

Entrevistada: Mmmm, porque por ejemplo se ponen, yo que sé, ahorita en el año 2021, entonces eso creo que dura cuatro años y puede estar ahí tranquila y todo, en cambio el condón tiene que comprar cada vez que va a tener relaciones¹⁰.

Entrevistadora: ¿Cuál crees que es el método que los chicos y chicas de tu edad usan más? o sea, de los pocos que tal vez sí usan, ¿cuál crees que es el que más prefieren usar?

Entrevistado: El implante

Entrevistadora: Ya, el implante...

Entrevistado: El implante es el que usan.

Entrevistadora: ¿Por qué crees que prefieren ese?

Entrevistado: Saben decir que es más seguro, si se les pone creo y ya, no se les nota, no sabe si se puso implante o no se puso el implante.

Entrevistadora: ¿No se nota?

Entrevistado: Sí

Entrevistadora: Y cuando tú dices que es más seguro, ¿en qué sentido?

Entrevistado: O sea, que se queden embarazadas¹¹.

Entre las y los adolescentes entrevistados, cinco manifestaron haber utilizado alguna vez un MAC; tres adolescentes dijeron haber usado preservativos masculinos y dos dijeron haber usado implantes.

⁸ Entrevista a informante clave 15-19 años, sexo femenino, provincia de Esmeraldas.

⁹ Entrevista a informante clave 10-14 años, sexo masculino, provincia de Chimborazo.

¹⁰ Entrevista a informante clave 15-19 años, sexo femenino, provincia de Chimborazo.

¹¹ Entrevista a informante clave 15-19 años, sexo masculino, provincia de Morona Santiago.

12.2 Actitudes y barreras asociadas al uso limitado de MAC

Al ser consultados sobre las razones que motivan el poco uso o el uso limitado de MAC entre adolescentes, los participantes del estudio dieron respuestas que pueden clasificarse en dos categorías: a) actitudes hacia la sexualidad y los MAC; y b) barreras para el uso de MAC.

En la primera categoría, que recoge actitudes respecto a los MAC, figura la idea que los preservativos masculinos reducen la sensación durante las relaciones sexuales, por lo cual los adolescentes evitarían usarlos. Esta noción sería muy frecuente entre los adolescentes hombres, aunque no exclusiva de ellos.

Entrevistadora: entre aquellos adolescentes sexualmente activos pero que no usan anticonceptivos, ¿cuáles crees que sean las razones por las cuales no los usan?

Entrevistada: Uno es que no conozca el método anticonceptivo, y otra es por malos rumores, creo que el rumor más común que se dice es porque no se siente igual, y obviamente la mayoría de adolescentes, cuando son sexualmente activos buscan placer y que les digan que "hay no, con condón no se siente", pues obviamente van a rechazar eso. Así que por eso creo, por desinformación¹².

Entrevistadora: ¿Tal vez tú me puedes decir cuáles crees que son las razones por las que los adolescentes no usan métodos anticonceptivos?

Entrevistada: Porque a veces les falta conocimiento, o a veces porque no quieren.

Entrevistadora: ¿Y por qué será que no quieren?

Entrevistada: Porque a veces los hombres dicen "ay, a mí no me gusta con preservativo", pero, realmente, por las enfermedades y todo...

Entrevistadora: ¿los hombres dices tú?

Entrevistada: Sí, y a veces también las mujeres dicen, "ay, no me gusta el preservativo" porque así he escuchado, "ay, a mí no me gusta con preservativo", dicen. Pero... deben de usar por las enfermedades. Porque yo lo digo por mi pareja, yo puedo decir "ay, mi pareja no tiene", pero él puede estar en la calle y llega y me lleva la enfermedad¹³.

Entrevistadora: ¿Cuáles pueden ser otras razones por las cuales no muchos adolescentes usan estos métodos?

Entrevistado: Mmmm... no usan porque, porque para algunos jóvenes es medio raro usar el método, ese método y es igual a las mujeres, es raro y quieren hacerlo nomás, o sea tener relaciones así personalmente, sin cuidarse.

Entrevistadora: Cuando tú me dices es raro, ¿qué quieres decir al decir "raro"?

Entrevistado: O sea, si se ponen mal les molesta, dicen que no es bueno para hacerlo con eso.

Entrevistadora: Y eso sería como decir, por ejemplo, que el condón es incómodo, ¿cierto?

Entrevistado: Cierto¹⁴.

Unos pocos participantes del estudio mencionaron que otra actitud que contribuye al poco uso de MAC es la preferencia por mantener relaciones sexuales de forma rápida, sin tener que preocuparse por la necesidad de buscar y obtener un método anticonceptivo.

¹² Entrevista a informante clave 15-19 años, sexo femenino, provincia de Manabí.

¹³ Entrevista a informante clave 15-19 años, sexo femenino, provincia de Esmeraldas.

¹⁴ Entrevista a informante clave 15-19 años, sexo masculino, provincia de Morona Santiago.

Participante H: Y si nos referimos a que hay bastantes casos de embarazos, la mayoría de personas como que tipo estamos, digamos por así decirlo, en una fiesta uno a veces con sus tragos, así sea sano, uno se calienta y pasa cualquier cosa y sin tener ningún tipo de protección.

Participante H: ...la calentazón [risas]

Participante M: Así la vida, por acá¹⁵.

Facilitadora: Y digamos hablando de ese porcentaje de chicos que tal vez no están usando métodos anticonceptivos ¿por qué creen que no los están usando?

Participantes H: irresponsabilidad más que todo, algunos no les gusta usar los métodos anticonceptivos porque dice que no sirve, y otros ya se dejan llevar por la calentura, irresponsables que terminan siendo padres, o algunos porque no pueden tener en ese momento el condón o las pastillas y ya por la calentura ahí mismo dejan de usar el condón y ya¹⁶.

En la segunda categoría de respuestas que explican el poco uso de MAC entre adolescentes, referente a barreras socioculturales, consta la vergüenza de ir a establecimientos de salud o a farmacias para obtener métodos anticonceptivos.

Entrevistadora: ¿Y qué tan común es que los adolescentes de tu edad usen los métodos anticonceptivos?

Entrevistada: No, no creo que es común, no ellos no creo que usen, porque para conseguir los métodos anticonceptivos tiene que ir a la farmacia o venir acá para que se los den y entonces ellos siendo menores de edad, no creo que vengan acá, o los pidan o vayan a la farmacia y se lo vendan. Entonces por eso es que puede haber los embarazos no deseados.

Entrevistadora: ¿Y por qué crees que no vengan [al establecimiento de salud]?

Entrevistada: Puede ser porque tal vez..., será qué es la timidez o que no quiere que sepan que van a hacer eso y no quieren contárselo a nadie más, ni siquiera a sus padres.

Entrevistadora: ¿Tal vez tienen vergüenza?

Entrevistada: Sí¹⁷.

Los sentimientos de vergüenza se deberían a patrones culturales de las poblaciones donde viven los participantes del estudio, que dictan inapropiado que los adolescentes mantengan relaciones sexuales en función de su corta edad. Por ello, la vergüenza de las y los adolescentes iría de la mano con el miedo o temor de ser juzgados o recriminados de diferentes maneras por sus padres u otras personas adultas una vez que se enteren de su actividad sexual y/o uso de MAC, como se refleja claramente en el siguiente testimonio.

Entrevistadora: En el lugar donde tú vives, ¿cuál crees que sea la razón por la cual los chicos no están usando métodos anticonceptivos?

Entrevistado: ¿La razón?

Entrevistadora: O algunas razones puede ser.

Entrevistado: No sé la verdad, puede ser que no les hayan hablado de los métodos o no saben bien y tienen el temor de acercarse a los centros de salud a pedir los métodos de cuidado, consejos, o a las farmacias [para] comprar.

Entrevistadora: ¿Por qué crees tú que tienen... miedo me dijiste?

Entrevistado: Miedo.

Entrevistadora: ¿Por qué tendría miedo?

¹⁵ Grupo focal 15-19 años, provincia de Manabí.

¹⁶ Grupo focal 15-19 años, provincia de Morona Santiago.

¹⁷ Entrevista a informante clave 10-14 años, sexo femenino provincia de Manabí.

Entrevistado: Pensando que los van a juzgar porque así fue mi primera vez [risas]. Es decir, fue mi primera vez, tenía miedo a acercarme, o sea, a que me juzguen.

Entrevistadora: Y cuéntame ¿cómo fue esa vez, que tú fuiste? ¿a dónde fuiste?

Entrevistado: Ufff nervioso acercándose a la farmacia [risas], y pedí y después salí y cogí un taxi y desaparecí. Si me daba miedo de que me juzguen, que me digan ¿por qué lo compras?, ¿qué vas a hacer? o ¿dónde vas a usar eso?

Entrevistadora: Claro, pero y ¿cómo fue?, tú llegaste....

Entrevistado: Yo llegué, pedí a la chica que estaba atendiendo, lo tomó como algo normal, cogió la caja, me dio, me dijo tanto cuesta y me fui llevando, y así no pasó nada.

Entrevistadora: ¿Pero fue difícil?

Entrevistado: Ufff difícil, sí es difícil acercarse, porque me recuerdo a una cuadra parado, pensando, me voy o no me voy.

Entrevistadora: ¿Y después de eso, volviste alguna vez a comprar?

Entrevistado: No he vuelto a comprarlo.

Entrevistadora: ¿Sí? ¿Por qué?

Entrevistado: Simplemente porque ya no me interesan las relaciones, prefiero disfrutar de mi juventud, hacer lo que me gusta y si algún día intento tenerlo y cuidarme, ahí sí¹⁸.

De acuerdo a varias entrevistadas, las adolescentes mujeres sienten más esta vergüenza que los hombres al tratar de acceder a MAC, pues son un mayor blanco de los juicios basados en estos preceptos culturales, como ilustran las siguientes opiniones.

Entrevistadora: ¿Tú crees que en general los adolescentes de la zona tienen dificultades para poder obtener métodos anticonceptivos?

Entrevistada: No, no, porque aquí sí dan. Solo que ellos no vienen a pedir, es diferente.

Entrevistadora: ¿Y por qué no vienen?

Entrevistada: Por vergüenza, supongo.

Entrevistadora: ¿Por qué crees que tienen vergüenza?

Entrevistada: Porque saben que no está bien para la edad.

Entrevistadora: ¿O sea que piensan que tal vez si vienen acá al Centro de Salud los juzgarían?

Entrevistada: Los doctores no, sino que como este es un pueblo pequeño, la gente de todo se entera, aunque en los hombres no tanto, porque los hombres lo que hagan está bien. Si antes empiezan [su vida sexual], que bueno felicidades, en cambio las mujeres si hay más juzgamiento.

Entrevistadora: ¿Hay más juzgamiento para las mujeres?

Entrevistada: Sí¹⁹.

Facilitadora: ¿Y en general ustedes dirían que es fácil o difícil para los adolescentes obtener el método anticonceptivo, ya sea que vaya a la farmacia o que vaya al centro de salud?

Participante M: Es fácil [inaudible] pero lo que es uno...la vergüenza...

Participante M: Pero como los hombres son más cínicos, es un ratito lo que van y compran [inaudible], pero como uno le da vergüenza ir ahí a la farmacia a comprar esas cosas...

Participante: Como dice póngase “vamos a comprar chiclecitos” [risas]

Facilitadora: A ver, por acá dicen “es fácil, pero da vergüenza”....

Participante M: Sí, ajá.

Facilitadora: ¿Qué opinan?

Participante M: Digo más para las mujeres, porque al hombre no le da vergüenza comprar.

Participante M: Sí, son cínicos [risas]

Facilitadora: ¿Qué opinan los chicos, es fácil o difícil?

¹⁸ Entrevista a informante clave 15-19 años, sexo masculino, provincia de Morona Santiago.

¹⁹ Entrevista a informante clave 15-19 años, sexo femenino, provincia de Esmeraldas.

Participante H: Fácil.

Participante H: Fácil.

Facilitadora: Es fácil, pero que, ¿ir a la farmacia o ir al centro de salud?

Participante H: La farmacia.

Participante H: La farmacia.

Participante M: Más van a la farmacia, le dicen véndame una caja de condones y ya se van... Pero uno lo piensa mil quinientas veces, uno va analiza primero y uno mira cómo lo están mirando en todo, si lo quedan mirando mal se da media vuelta²⁰.

Facilitadora: Ustedes me dicen que los chicos tienen vergüenza. ¿Por qué creen que tienen vergüenza?

Participante M: Tienen miedo del que dirá la gente, tiene miedo de quedar mal ante la sociedad porque ya van a comenzar a seguir el camino de la sexualidad...explorar ese mundo.

Facilitadora: ¿qué suele decir la gente si ve que un chico o chica ya está teniendo relaciones sexuales y quiere usar un método anticonceptivo?

Participante M: Más opacada aquí se ve la mujer. Aquí en nuestro entorno más opacada se ve la mujer que el hombre en ese tema.

Facilitadora: ¿Por qué?

Participante M: Porque no sé, como que aquí nuestra gente tiene como que el pensamiento todavía muy cerrado...nuestra generación ya está como que preparándose para entrar a ese mundo, pero ellos todavía dicen como que no, ustedes están muy pequeños, muy jóvenes como para experimentar eso²¹.

Al hablar de la vergüenza que rodea el tratar de obtener anticonceptivos, los participantes hablaron del uso de los dispensadores de preservativos en los establecimientos de salud, explicando que obtener un MAC a través de estos aparatos también despierta la sensación de vergüenza a ser juzgados por quienes los ven y cómo esto suele afectar más a las adolescentes mujeres.

Facilitadora: ¿Ustedes han usado el dispensador de condones?

Participante M: No.

Participante H: Yo no.

Facilitadora: ¿Por qué no lo han usado? Cuéntenme.

Participante H: Pues no hemos tenido relaciones.

Participante M: por aquí algunos no hemos tenido todavía esas experiencias o no han tenido esas experiencias.

Facilitadora: O sea, no han ido a sacar condones del dispensador porque tal vez no han necesitado...

Participante H: Algunos por vergüenza no vienen

Participante H: porque en el hospital, es bien moderno, hay cámaras y todo...

Facilitadora: O sea, puede ser por vergüenza de ir a sacar condones... ¿Y tú me dices que en el hospital hay cámaras?

Participante H: Sí.

Participante M: claro en los hospitales siempre hay cámaras

Participante H: Tienen cámaras en todo lado²².

Facilitadora: Ustedes, por ejemplo, ¿han ido al dispensador de condones?

²⁰ Grupo focal 15-19 años, provincia de Esmeraldas.

²¹ Grupo focal 15- 19 años, provincia de Morona Santiago.

²² Grupo focal 15- 19 años, provincia de Morona Santiago.

Varios participantes: sí, claro, obvio.

Participante H: Sí, de curiosidad.

Facilitadora: ¿Y cómo se han sentido al sacar un condón?

Participante H: Bacán, es como pura adrenalina. [risas]

Facilitadora: ¿Ustedes han ido? [Dirigiéndose a otro grupo de participantes]

Participante M: No.

Participante M: Le falta calle.

Participante H: Deberían ir [risas]

Facilitadora: Pero puede pasar como dice Michael, ¿que da vergüenza?

Participante H: A veces, por la opinión de las otras personas

Participante H: Mucha gente y te quedan mirando, te intimidan.

Participante M: A las mujeres se le hace más vergonzoso, porque siempre sea hombre o mujer, igual van a hablar más de una mujer, demasiado²³.

Facilitadora: O sea, ¿sí han ido a la máquina de... el dispensador?

Varias participantes: Sí.

Participante M: Yo no.

Participante M: He estado jugando también [risas].

Facilitadora: ¿Ustedes creen, si un chico o chica le sacaba en la farmacia o van al centro de salud y sacan condones, digamos no hay problema, no sienten vergüenza?

Participante M: La gente empieza a hablar.

Participante M: Siente vergüenza, sí sienten vergüenza.

Participante M: Ya te señalan.

Participante M: Saben estar ahí [inaudible]...

Participante M: Chismeando.

Participante M: Ajá.

Participante M: peor si es chica.

Participante M: y si es chico también.

Participante M: Peor, así es, y peor si es su vecina [risas]

Facilitadora: ¿O sea que no es tan fácil?

Varias participantes: No [en coro]

Participante M: No, no es tan fácil, hay que salir escondida.

Participante M: Yo creo que es mejor mandarle a comprar a alguien.

Participante M: A alguien que tengas confianza [risas]

Facilitadora: ¿Mandar a comprar a alguien que tengas confianza?

Varias participantes: Sí²⁴.

Las barreras para obtener MAC rebasarían incluso la mera vergüenza o desaprobación, pues algunos participantes dijeron que hay lugares donde los empleados de farmacias se niegan a venderles anticonceptivos o que los adolescentes piensan que está prohibido que se los vendan. Ante estas dificultades hablaron sobre las alternativas o estrategias que emplean las y los adolescentes de sus localidades como, por ejemplo, pedir a otras personas que adquieran los anticonceptivos por ellos.

Facilitadora: ¿Y por qué creen que los chicos y chicas no están usando métodos?

Varias participantes: Porque no saben [en coro]

Participante M: No, no es porque no sepan, sino que a veces a los jóvenes en esa edad les da como vergüenza ir a una farmacia a comprar o pedir ese producto, es por eso, más es por la vergüenza.

²³ Grupo focal, provincia de Manabí.

²⁴ Grupo focal 15-19 años, provincia de Chimborazo.

Participante M: Tampoco no les venden [risas]

Participante M: O sino no les venden.

Participante M: Claro.

Participante M: Porque son menores de edad y no les venden²⁵.

Entrevistadora: Entonces, hablando en general, ¿a dónde van los adolescentes si es que quieren o necesitan métodos anticonceptivos?

Entrevistado: Creo que dicen a jóvenes ya mayores que les compran y creo que les pagan por comprar, eso.

Entrevistadora: ¿Y por qué tienen que hacer eso?

Entrevistado: Porque creo que se sienten incómodos al pedir eso.

Entrevistadora: O sea, si es que alguien de tu edad va a la farmacia, ¿qué crees que pasaría?

Entrevistado: Sentiría que le ven raro la gente cuando pida eso y todos le queden viendo.

Entrevistadora: ¿Si tu algún momento necesitarás un método anticonceptivo, a dónde acudirías o qué harías?

Entrevistado: ¿En esta edad?

Entrevistadora: Sí.

Entrevistado: Si yo utilizaría, pues creo que igual le pediría a alguien [que compre]²⁶.

Entrevistadora: Por lo general, a dónde van los adolescentes, ¿si quieren o necesitan tener un método anticonceptivo?

Entrevistada: Para mí sería una farmacia o un hospital. O si uno le tiene vergüenza si, más o menos si me han dicho piden a alguien mayor o un amigo que no, que ya tal vez tenga esa experiencia o algo así. Más o menos.

Entrevistadora: ¿le piden qué?

Entrevistada: Que, que les den haciendo el favor de ir a coger algo así. Pues sí, me contaron una vez de eso, por vergüenza.

Entrevistadora: ¿Por qué crees que tienen vergüenza?

Entrevistada: A mí lo que me han dicho es porque le vean, así cogiendo y que uno le reconozca y le avisan a su mamá y le podrían regañar o algo así²⁷.

Entrevistadora: ¿Crees que es fácil para los adolescentes ir a comprar?

Entrevistado: No, porque hay veces que da vergüenza, mandan a comprar a otra persona, a los niños, como ellos no saben de eso²⁸.

Otra barrera que previene el uso de MAC entre adolescentes y que fue identificada por los participantes, aunque en medida mucho menor, es la falta de información y/o conocimientos suficientes sobre el tema.

Entrevistadora: ¿Si tu dijeras “yo creo que en mi sociedad la mayoría o la minoría de chicos usan métodos anticonceptivos”, como lo verías?

Entrevistada: Bueno, yo creo que es la minoría porque muy pocos son los que... o sea, en parte son responsables al usar un método anticonceptivo, pero en general la mayoría no lo usa.

Entrevistadora: ¿Y por qué crees que sucede esto?

²⁵ Grupo focal 15-19 años, provincia de Chimborazo.

²⁶ Entrevista a informante clave 10-14 años, sexo masculino, provincia de Chimborazo.

²⁷ Entrevista a informante clave 15-19 años, sexo femenino, provincia de Morona Santiago.

²⁸ Entrevista a informante clave 15-19 años, sexo masculino, provincia de Esmeraldas.

Entrevistada: Bueno, yo creo que no los usan como le digo, será porque no saben, al mismo tiempo, o sea, no saben cómo usarlo, no han tenido información sobre esto.

Entrevistadora: Una razón puede ser porque no saben sobre los métodos.

Entrevistada: Eso, no saben sobre los métodos simplemente, o sea, lo han escuchado, pero ahí lo dejan. En cambio, hay personas que sí son responsables, los usan²⁹.

12.3 Preferencias de MAC entre adolescentes

El preservativo masculino fue el MAC preferido por la mayoría de participantes del estudio, particularmente entre los entrevistados de sexo masculino. En la mayoría de ocasiones explicaron esta preferencia en función de que los preservativos ofrecen protección contra ITS y también debido al hecho de que este método es fácil y rápido de obtener.

En segundo lugar, varias adolescentes entrevistadas señalaron el implante como método de su preferencia, sobre todo debido a que su colocación sería cada 3 o 5 años, lo cual resulta conveniente en el sentido de que no demanda un uso diario o mensual como en el caso de las de las pastillas anticonceptivas o inyecciones, respectivamente, y también desemboca en una percepción del implante como un método “más seguro”, pues previene un posible olvido y consecuente embarazo. En algunos casos, las entrevistadas incluso dijeron estar al tanto de los efectos secundarios de los implantes o haberlos experimentado directamente, pese a lo cual confirmaron su preferencia por este método, como lo exponen las siguientes citas.

Entrevistadora: Digamos, en el futuro, si tú necesitaras usar un método anticonceptivo, ¿cuál crees que preferirías?

Entrevistada: Y bueno, de nuevo prefiero el implante mismo.

Entrevistadora: Ya, pero tú me decías que habías tenido algunos efectos del implante, ¿no?

Entrevistadora: Sí.

Entrevistadora: Ya, ¿pero de todas maneras elegirías ese mismo?

Entrevistada: Sí, de todas maneras pues, elijo él mismo.

Entrevistadora: Ya, ¿por qué? Cuéntame...

Entrevistada: Por que se pone sólo una vez y se mantiene ahí no más³⁰.

Entrevistadora: si llega el momento que decidas tener relaciones sexuales, ¿tú crees que utilizarías un método anticonceptivo?

Entrevistada: Sí.

Entrevistadora: Y ¿cuál método utilizarías?

Entrevistada: Yo creo que el implante.

Entrevistadora: Y cuéntame ¿por qué?

Entrevistada: Porque es, o sea, ya uno se lo pone y tiene que venirse a hacer chequeo, pero como cada tiempo, en cambio las inyecciones si hay que estar bien pendientes. Y bueno, correré el riesgo de que, podría detener, o sea que no me baje la menstruación o que pueda engordar, así, porque son los efectos secundarios. Pero, esto, porque va en el brazo y no causa ningún problema, supongo³¹.

²⁹ Entrevista a informante clave 15-19 años, sexo femenino, provincia de Chimborazo.

³⁰ Entrevista a informante clave 15-19 años, sexo femenino, provincia de Morona Santiago.

³¹ Entrevista a informante clave 15-19 años, sexo femenino, provincia de Esmeraldas.

Adicionalmente, una de las adolescentes entrevistadas explicó la preferencia por el implante en función de considerarlo un método discreto:

Entrevistadora: ¿Y por qué crees que los jóvenes como tú prefieren el implante?

Entrevistada: Es porque tiene oculto, nadie se puede dar cuenta y es porque algunas familias no entienden cuando tenemos eso. Bueno, en mi caso fue eso, que yo cuando me puse el implante no estaba de acuerdo mi papi y me daba vergüenza contarles y como no tener confianza con ellos, no conversaban conmigo, no me preguntaban.

Entrevistadora: Ajá, o sea, ¿tú tuviste como dificultades en tu familia cuando decidiste usar el implante?

Entrevistada: Sí.

Entrevistadora: ¿Por qué? Cuéntame un poquito.

Entrevistada: Porque mi papi no estaba de acuerdo que yo me ponga. Bueno, él siempre decía que no tienen que usar eso si todavía no tienen pareja. Y bueno, yo me puse a escondidas y nadie se daba cuenta y así mi papi me llevaba a trabajar y hacer algo pesado, y nadie se daba cuenta, pues se tiene algo escondido que nadie se puede dar cuenta³².

Una sola entrevistada seleccionó las pastillas anticonceptivas como su método anticonceptivo preferido, aunque no dio mayor explicación del porqué de su elección, mientras que otra entrevistada escogió la T de Cobre por considerarla un método que protege del embarazo y también de ITS.

En los grupos focales se indagó sobre las preferencias de uso de MAC mediante la exposición de una situación hipotética o viñeta, donde una pareja interesada en usar anticoncepción acudía al centro de salud para obtener asesoría sobre los métodos disponibles, y recibía por parte de los profesionales de salud la opción de usar pastillas anticonceptivas, inyecciones o el implante. Durante este ejercicio, los participantes de los grupos focales de cada provincia indicaron que los métodos preferidos serían el implante y/o la inyección; ningún grupo focal seleccionó las pastillas. En varios casos, explicaron que el implante se elegiría porque ofrece mayor tiempo de protección contra el embarazo, mientras que unos pocos participantes mencionaron que implicarían menor gasto y menos vergüenza al no tener que acudir a farmacias o centros de salud de manera frecuente. En un grupo focal, las participantes señalaron que la elección del implante sería adecuada porque la inyección conlleva la posibilidad de esterilidad futura, y que esto podría prevenirse en el caso del implante si se usa por un período de tres años, luego de lo cual se “descansa”:

Facilitadora: ¿Por qué creen que esta pareja escogería el implante?

Participante M: Porque hay menos gasto.

Participante M: Sí, porque menos gasto.

Participante M: Menos vergüenza.

Participante M: Menos pase de vergüenza [risas].

Facilitadora: ¿Por qué menos vergüenza?

Participante M: Porque me daría vergüenza ir a la farmacia [risas]

Participante M: Porque el implante dura más [risas]

Participante M: Ajá dura más tiempo también.

Participante M: Porque es malo también ponerse las inyecciones, no sé, porque...

³² Entrevista a informante clave 15-19 años, sexo femenino, provincia de Morona Santiago.

Participante M: te duele...

Participante M: Ajá...

Participante M: También saben quedar estériles cuando se ponen muchas inyecciones, como la píldora.

Participante M: En cambio yo pienso que la chica que se ponga implantes que digamos que de 3 años y después dejarse de poner para que no te cause mayor problema, que digamos te dejas de poner por un año así, hasta que como que se acostumbre el cuerpo...

Facilitadora: ¿Te dejas de poner el implante?

Participante M: Ajá, me pongo por tres años y de ahí, digamos, descanso como para que mi bracito, que descanse un poco, lo dejaría digamos un mes, dos meses, o sea, o podría utilizar otro método para ese tiempo. Y de ahí, vuelta, me pondría un implante de tres años mínimo.

Facilitadora: Ah, como para descansar.

Participante M: Claro, para descansar un tiempo³³.

La inyección anticonceptiva fue seleccionada por algunos participantes de grupos focales por considerarla un método que, a diferencia de las pastillas anticonceptivas, ofrece mayor duración de protección contra embarazos, pues su uso sería mensual. Adicionalmente, en un caso señalaron que la inyección es preferible al implante porque este último método puede presentar problemas de uso cuando las mujeres hacen mucha actividad física o levantan peso con sus brazos.

Facilitadora: Y las compañeras que les pareció bien la inyección ¿por qué creen que esta pareja elegiría eso?

Participante M: Porque, además, el implante..., hay algunas personas que de emergencia les tienen que sacar porque ya no aguantan el dolor, no pueden, digamos, ellos trabajan así, digamos en construcción, algunas mujeres trabajan en construcción, ya, digamos que algún momento van a cargar bloques, no pueden, digamos al momento de lavar la ropa algunas cobijas son pesadas, duele. Yo diría que más fácil es la inyección, porque la inyección además no duele mucho [inaudible]....

Participante M: Duele [la inyección]

Participante M: Yo diría que les duele a las personas que tienen miedo, que van a hacer algo, o que están ahí a cada rato topándose [risas]³⁴.

Adicionalmente, en algunos grupos focales la preferencia de MAC se indagó a través de un ejercicio de puntuación o clasificación, donde se les pidió los participantes que escojan el MAC que preferirían utilizar a futuro colocando un sticker (pegatina) en la cartulina correspondiente. De esta forma, en tres de los grupos focales realizados los adolescentes eligieron, en orden de prioridad, los condones masculinos, los implantes y las inyecciones como los métodos de su preferencia.

En un tema relacionado a la preferencia de MAC, se preguntó a los adolescentes participantes en entrevistas y grupos focales cuáles son o serían las cualidades de los MAC más importantes para ellos al momento de elegir un método anticonceptivo. Entre las principales respuestas figuraron que el método sea efectivo para prevenir el embarazo, que proteja de ITS, y que sea fácil de obtener o de fácil acceso. Otras cualidades también valoradas por los participantes del estudio,

³³ Grupo focal 15-19 años, provincia de Chimborazo.

³⁴ Grupo focal 15-19 años, provincia de Chimborazo.

aunque en menor medida, fueron que sea de bajo costo o gratuito, que sea fácil de usar y que sea discreto.

12.4 Percepciones sobre los implantes

Entre las características del implante percibidas como positivas, la que más resalta es la duración de su protección contra el embarazo, pues es un método que “no se debe poner a cada rato”, a diferencia de las pastillas anticonceptivas de uso diario o de las inyecciones de uso mensual.

Facilitadora: ¿por qué creen que [los adolescentes] lo ven como una opción o porque están prefiriendo el implante?

Participante M: Porque es más efectivo, como dice él, o sea no tiene tanta, bueno hasta ahora no se ha escuchado mucho de cómo que...

Participante H: O sea se lo pone una sola vez y ya en cinco años.

Participante M: Ajá, cinco años o tres años.

Participante H: No tiene que estar inyectándose, ni tomando pastillas, nada.

Participante M: Y eso le dura hasta cinco años o hasta que usted se lo quiera quitar³⁵.

Adicionalmente, varios entrevistados lo consideran “más seguro” para evitar el embarazo frente a otros métodos como el condón que se puede romper, o frente a las pastillas anticonceptivas e inyecciones, precisamente porque al ser un método de larga duración evita el riesgo de olvidar su uso continuo. Otra característica positiva reconocida, aunque en menor medida, es la discreción que ofrece, pues no se nota su uso.

Entre las características percibidas como negativas del implante están los múltiples efectos secundarios que pueden provocar y que llegaron a ser conocidos por los participantes mayormente a través de la experiencia de terceras personas; los efectos secundarios más frecuentemente mencionados fueron los cambios de peso, ya se trate del aumento o disminución de peso, y los cambios en el ciclo menstrual, tanto la ausencia de menstruación como el aumento del flujo menstrual. En menor medida, los participantes mencionaron como efectos secundarios dolores de cabeza, mareos, cambios de humor y la posibilidad de esterilidad en la mujer a futuro.

Otra característica de tipo negativo asociada a los implantes fue la posibilidad de que el implante se rompa o se deforme y provoque dolor, sobre todo cuando las mujeres hacen actividades que requieran fuerza de sus brazos, aunque esto también podría suceder cuando los implantes permanecen en el brazo más tiempo del debido.

Entrevistadora: ¿Y tu tía te ha contado como es usar el implante?

Entrevistada: No, pero yo un día la acompañé cuando se le pasó [la fecha de cambio del implante], porque ya se le estaba poniendo verde el brazo, como no me gustaba eso yo me salí de ahí porque ya estaba gritando. A mí me da miedo, le dije a mi mamá que nunca me iba a poner eso. Porque dice que cuando la mujer tiene eso, no puede tener fuerza en el brazo porque se le puede quebrar adentro y puede morir.

Entrevistadora: ¿y qué le pasó finalmente a tu tía?

Entrevistada: Le sacaron eso, y ahí no le pudieron poner hasta que ya se le ponga el brazo normal y nomás le pusieron la inyección para cuidarse.

Entrevistadora: ¿Y le dijeron por qué se había dañado en el implante?

³⁵ Grupo focal 15-19 años, provincia de Manabí.

Entrevistada: No, es que a ella le tocaba sacárselo entre ayer y ella había ido.... ya había cumplido tres años del implante y había ido como a la semana que había cumplido, tenía que sacárselo el día que ya eran los tres años y ella no se lo fue a sacar y eso cómo se le estaban madurando por dentro de ella, de lo que ya estaba vencido³⁶.

Como se mencionó anteriormente, si bien hay entrevistadas que están conscientes de los efectos secundarios del implante, también hay adolescentes participantes en el estudio que experimentaron de primera mano efectos negativos al usar este método, o que conocieron de efectos negativos en personas cercanas y, pese a ello, todavía consideran el implante como el método de su preferencia y estarían dispuestas a utilizarlo en función de ventajas percibidas, principalmente su larga duración. Inclusive hay adolescentes que piensan que estos efectos secundarios se podrían considerar “normales”, en el sentido de ser efectos previsibles del uso del método, como refleja la siguiente cita.

Entrevistadora: Algunas personas cuentan que los anticonceptivos les pueden provocar efectos negativos, por ejemplo, cambios de peso, cambios en el ciclo menstrual...

Entrevistada: Pero eso es normal, sólo es saber que tenemos que saber controlar su boca si le da hambre... Los cambios menstruales son normales porque me yo me cuidé un año con el palillo [implante] y de ahí no menstrué en un año, es normal lo que da el método.

Entrevistadora: O sea, en tu caso, ¿tú sí experimentaste estos efectos?

Entrevistada: Sí. Digamos, un año menstrué y otro año ya no menstrué, hasta que me lo saqué³⁷.

Finalmente, es interesante notar que para un adolescente entrevistado la posibilidad de que el implante genere o no efectos secundarios en las mujeres que lo usan estaría de alguna forma ligado a la fortaleza o debilidad innatas de sus cuerpos, como señala en la siguiente cita.

Entrevistadora: Tal vez has escuchado que ciertos anticonceptivos dan efectos secundarios...

Entrevistado: Pero ahí ya sería..., depende de cada persona, porque hay unas personas que sí soportan, como es, el implante, y algunas personas que son un poco más débiles, no les soportan, les dan mareo o no se alimentan bien, a veces empiezan a flaquear o a veces engordan.

Entrevistadora: Tú crees que hay algún anticonceptivo de lo que has sabido o de lo que has visto, de tus familiares, de tus conocidos, ¿hay un método que da más efectos negativos que otros?

Entrevistado: Efectos negativos, solo el implante, es el único³⁸.

12.5 Percepciones sobre los condones masculinos

Los aspectos positivos de los preservativos masculinos percibidos por los participantes incluyen, en primer lugar, la protección que ofrecen ante ITS y, en segundo lugar, la facilidad de acceder a este método anticonceptivo, ya sea comprándolo en farmacias u otros locales, u obteniéndolo en establecimientos de salud a través de los dispensadores de preservativos.

Facilitadora: El condón, ¿por qué creen que lo prefieren?

Participante H: Porque es más fácil de obtener.

Participante H: Más fácil de adquirir, de comprar.

³⁶ Entrevista a informante clave 15-19 años, sexo femenino, provincia de Esmeraldas.

³⁷ Entrevista a informante clave 15-19 años, sexo femenino, provincia de Esmeraldas.

³⁸ Entrevista a informante clave 15-19 años, sexo masculino, provincia de Morona Santiago.

Facilitadora: ¿más fácil de obtener?

Participante M: Sí.

Participante H: Sí, porque aquí puede venir al hospital y adquirir de forma gratuita además...

Facilitadora: ¿Aquí en el hospital pueden obtenerlos?

Participante M: Sí, hay ahí de forma gratuita.

Participante H: Hay unas maquinitas que...

Participante H: dispensadores [de condones]³⁹.

Facilitadora: ¿Por qué creen que usan más el condón?

Participante M: Porque es más rápido, más recomendable.

Participante M: Ajá, es más fácil [risas].

Facilitadora: ¿Por qué es más recomendable?

Participante M: Porque o sea pueden encontrar en cualquier parte.

Participante M: Hasta en el hospital de acá creo que hay esa cosa que se aplasta y ya.

Participante M: Ajá.

Participante M: No son recomendables los condones del subcentro, saben estar caducados [risas]

Participante M: Es verdad.

Facilitadora: ¿Qué cosa?

Participante M: Que los de los subcentros saben estar caducados y no son recomendables. Y ese rato que sacan tienen que estar viendo si la fecha, si está caducada, pero hay otros que no ven y solo lo utilizan y cuando acuerdan que ya están con su regalo [risas]⁴⁰.

Otro rasgo positivo de los preservativos mencionado por los participantes del estudio fue la facilidad de uso del método, que en buena medida implicaría también la rapidez o inmediatez para utilizarlo.

Entre las características negativas o desventajas asociadas al condón masculino se destacó la percepción de que los preservativos se pueden romper y, en menor medida, que vienen “dañados” o caducados.

Participante M: El condón se puede romper.

Participante H: Claro, por las uñas de la mujer [risas] No, pero, en verdad, el doctor [dijo que] es una de las tantas cosas que pueden suceder.

Participante M: Claro, porque en esa charla que nos dieron también nos dijeron que el mal uso de ponérselo o sea la mujer, al ser, claro con las uñas, a veces suele pasar que lo dañan al rodar.

Participante H: Y también dijeron que si lo destapamos, o sea, sabe que eso se destapa por un lado, entonces si no aprietas de este lado como un [inaudible] y lo vas a destapar...

Participante H: Claro, tienes que moverlo para un lado para poderlo destapar. Nos enseñaron aquí también, cuando estuvimos en la casita de ahí⁴¹.

Facilitadora: ¿Y creen que es común que los chicos y chicas usen preservativo?

Participante M: Negado.

Participante H: ‘Ta difícil.

Participante H: Un 70 al 50 por ciento...

Participante M: Un 25 por ciento, porque dicen que eso se daña [inaudible]

Participante H: Se ponen dos [risas]

³⁹ Grupo focal 15-19 años, provincia de Morona Santiago.

⁴⁰ Grupo focal 15-19 años, provincia de Chimborazo.

⁴¹ Grupo focal 15-19 años, provincia de Manabí.

Participante M: Pero la doctora dice que no más se puede poner uno.

Facilitadora: Tú dices eso se dañan, o sea ¿cómo que se rompen?

Participante M: Sí, se rompen.

Participante H: Digo, tanto rasqueteo con razón que se daña [risas]

Facilitadora: ¿entonces, la mayoría dijo que no es tan común que usen preservativo?

Participante M: Lo usan, pero el 25 por ciento.

Facilitadora: ¿El 25... que opinan por acá? ¿Un 50? ¿Por acá?

Participante M: 25%

Facilitadora: ¿Por qué otras razones será que no están usando mucho los preservativos?

Participante M: Porque no es cómodo, se seca esa cosa y se rompe el condón [risas].

Facilitadora: ¿Por qué? No te entendí bien.

Participante M: El lubricante se le acaba y le lastima las partes íntimas⁴².

Para algunos participantes, la posibilidad de que los condones se rompan se asoció a una baja calidad y/o costo, e inclusive al hecho de que los preservativos tuvieran sabores.

Facilitadora: [el preservativo] sirve para prevenir el embarazo y enfermedades. ¿Algo más?

Participante M: Que tienen fecha de caducación, y que es malo utilizar de sabor.

Facilitadora: ¿Es malo utilizar de sabores?

Participante M: [risas] Ajá, porque dice como que, o sea, como que si tienen algún cierto químico y eso también hace que la telita, o sea, de lo que está hecho sea más propensa a romperse⁴³.

Otra característica o percepción negativa del condón es que su uso evita una sensación placentera durante las relaciones sexuales. Unos pocos participantes del estudio afirmaron esto con base en su propia experiencia, explicando que al usar el condón “se sintió raro” y que “no se sintió real”. Sin embargo, la mayoría de participantes habló sobre este tema a partir de lo escuchado entre terceras personas.

Entrevistadora: Y tal vez alguien, alguna amiga o amigo que haya usado el condón y que te comentaba su experiencia, ¿qué ventajas, desventajas?

Entrevistada: Ah, sí, bastantes más amigos hombres que me han dicho que algunos me han dicho que no se sienten, otros han dicho que no, que les ha apretado, y eso es absurdo cuando un condón puede estar en un brazo así que es absurdo, no sé, tal vez no compraron de su talla, otros dicen que, que no se siente lo mismo y así no más desventajas, pero que son desventajas que ni sentido tienen⁴⁴.

La noción de que el preservativo evita una sensación normal o natural durante las relaciones sexuales también se relaciona con formas de presión social que se pueden ejercer entre adolescentes, ya se trate de la presión entre hombres para no usar condón a riesgo de sufrir burlas si lo hacen, o de la presión al interior de la pareja adolescente para no usar condón como muestra de amor. Estas formas de presión están a su vez relacionadas con imaginarios socioculturales sobre la masculinidad y el amor, como se ilustra en las siguientes citas.

Participante H: Los hombres casi somos más privados en eso [hablar sobre el uso de MAC].

Facilitadora: ¿Qué quieres decir?

⁴² Grupo focal 15-19 años, provincia de Esmeraldas.

⁴³ Grupo focal 15-19 años, provincia de Chimborazo.

⁴⁴ Entrevista a informante clave 15-19 años, sexo femenino, provincia de Manabí.

Participante H: Sí, yo iba a decir que depende, porque hay algunos que sí saben que usas condón y así, entonces ellos dicen que es mejor así, sin nada pues y así, entonces como que te juzgan por esa parte.

Participante M: si porque dicen a veces... hay algunos que dicen ay, como que "hazlo sin condón, porque sin condón es más rico" y ya, pues entonces uno como es tan... se deja llevar por la gente.

Participante H: O como esa que dicen "no es sin condón porque no te amo" o algo así, más o menos así, pero sí he escuchado eso.

Participante H: "Hazlo sin condón, porque sino no me amas".

Participante H: Si alguna vez escuché.

Facilitadora: ¿y eso que tan común creen que es, o sea eso de que no se quiera usar el condón? Bueno, que no quiera usar los condones. ¿Qué tan común es?

Participante H: Bastante.

Participante M: Bastante, porque dicen que no es lo mismo.

Participante H: "No, así nomás" [sin condón] dicen.

Participante M: "Así no más, porque ya pues, ¿qué va a pasar?"⁴⁵.

Entrevistadora: Y los chicos de tu misma edad, ¿qué actitud tienen, ¿cómo reaccionan si saben si otra chica o chico está teniendo relaciones sexuales y usando métodos anticonceptivos? ¿tal vez te juzgan o lo ven como algo bueno?

Entrevistado: La verdad saben sonreírse, saben decir que "por qué lo usas"; "ya pues quita que no es así, que tienes que darle", disculpará, "a limpio" y todo eso, lo toman como una burla o algo así. Entrevistadora: "Tienes que darle a limpio", ¿qué quiere decir eso?

Entrevistado: O sea, tener relaciones sin nada, eso.

Entrevistadora: O sea, ¿si usas condón es un poco motivo de burla?

Entrevistado: Bueno, mis amigos lo saben tomar así.

Entrevistadora: ¿Por qué crees?

Entrevistado: No sé, la verdad, pero por uno está bien usar, porque uno mismo se está cuidando la salud y ya no depende de las ideas de los amigos, ni los familiares, nada. Es uno mismo el que decide, o sea, si se van a como meterse en problemas o no, o que mismo va hacer⁴⁶.

12.6 Percepciones sobre la inyección anticonceptiva

Al evaluar las ventajas y desventajas de las inyecciones, varios participantes del estudio se centraron en la duración del método, que prácticamente todos definieron como mensual. Por un lado, establecieron que la inyección sería un método más conveniente o más cómodo que la pastilla anticonceptiva porque no demandaría estar pendiente de la toma diaria, y resultaría más seguro porque al ser de administración mensual se correría menos riesgo de olvidar su uso. Por otro lado, consideraron que la inyección tendría como desventaja la necesidad de estar pendientes cada mes de la fecha de colocación, unido al riesgo de olvido de dicha fecha, haciéndola menos segura que los implantes.

Entrevistadora: Ya, de las inyecciones en general, ¿qué opinas?

Entrevistada: Mmmm, que sería una parte buena, porque también... o una parte también mala, porque póngase que está ocupada, por ejemplo, yo que sé, y le toca el primero de octubre y se le pasa por alto y tiene por ahí sus relaciones por esos días, probablemente quedó embarazada⁴⁷.

⁴⁵ Grupo focal 15-19 años, provincia de Manabí.

⁴⁶ Entrevista a informante clave 15-19 años, sexo masculino, provincia de Morona Santiago.

⁴⁷ Entrevista a informante clave 15-19 años, sexo femenino, provincia de Morona Santiago

Asimismo, los participantes se refirieron a efectos secundarios que las inyecciones pueden provocar y que conocen porque escucharon a terceros o los vieron directamente, entre ellos, los cambios de peso, dolor de cabeza, sangrado abundante, mareo, debilidad y esterilidad.

Entrevistadora: ¿Tú crees que hay alguna desventaja o riesgo en el uso de anticonceptivos para los adolescentes?

Entrevistada: Puede ser porque, o sea, tiene ventajas y desventajas, como todo. Las ventajas es que se puede cuidar y puede hacer, organizarse para cuando puede tener hijos. Y la desventaja es que usando mucho eso a la larga puede causar daño internamente.

Entrevistadora: ¿Usar métodos...?

Entrevistada: ...anticonceptivos, ajá, cuando ya usan tanto tanto, sí.

Entrevistadora: ¿Cuál puede ser el efecto de usar mucho?

Entrevistada: No sé, este, de muchos métodos, de las inyecciones podría ser que le dañan, o sea, que luego, el momento de querer tener un bebé de tantas hormonas que ha usado ya no pueda tener un hijo; pero sí es recomendable usar⁴⁸.

Otra percepción vinculada a las inyecciones es que para algunas mujeres inyectarse conlleva dolor, miedo o incomodidad, por lo cual no optan por este método.

Entrevistada: [Elegiría usar el implante] porque se pone sólo una vez y se mantiene ahí, no más. En cambio, de la inyección me han hecho tener miedo. Eso que se vaya a vacunar mes a mes, no me gusta que me vacunen, a mí me duele, sé tener miedo a la vacuna⁴⁹.

Por último, una participante del estudio consideró que las inyecciones implican cierto riesgo o son menos seguras porque existe la posibilidad de que al inyectarse no se coloque todo el líquido y como resultado suceda un embarazo.

12.7 Percepciones sobre los anticonceptivos orales

Al evaluar las pastillas anticonceptivas, varios participantes identificaron como una desventaja el hecho de que este método demanda estar pendientes de la toma diaria que, según algunos, debía ser a la misma hora cada día. Para los adolescentes esta es una tarea que resulta incómoda y que acarrea la posibilidad de olvido y, consecuentemente, de embarazo.

Entre los efectos secundarios que las pastillas anticonceptivas pueden provocar, las y los participantes de entrevistas y grupos focales identificaron sobre todo los cambios de peso, aunque también mencionaron dolor de cabeza, cambios en el ciclo menstrual, cambios de humor y esterilidad.

Facilitadora: ¿Qué más sabemos sobre las pastillas?

Participante M: Que hay muchas veces que hay chicas que toda la vida se pasaron cuidando con unas pastillas y quedan estériles, porque no pueden tener hijos después cuando ellas quieren formar su hogar o algo así.

Facilitadora: ¿Ustedes han conocido alguien que le pasó eso?

⁴⁸ Entrevista a informante clave 15-19 años, sexo femenino, provincia de Esmeraldas.

⁴⁹ Entrevista a informante clave 15-19 años, sexo femenino, provincia de Morona Santiago.

Participante M: Sí, una vecina y era muy triste porque no podía tener su bebé⁵⁰.

En dos grupos focales, al evaluar la anticoncepción oral los participantes mencionaron además que las pastillas suelen “ponen enfermas” y pálidas a las mujeres que la usan, como ilustra la siguiente cita.

Facilitadora: [Sobre] los otros métodos anticonceptivos ¿por qué será que los chicos y chicas no los usan?

Participante M: La píldora no lo utilizan porque piensan que después van a quedar embarazadas, porque hay algunas chicas que se han puesto y han quedado embarazadas.

Participante M: A muchas no les gusta porque las engorda demasiado.

Participante H: Las pone flacas, las pone pálidas.

Participante M: Se les daña la menstruación⁵¹.

Adicionalmente, las y los participantes del estudio mencionaron como rasgos negativos de los anticonceptivos orales el que no protegen de las ITS y el hecho de que implican un gasto mensual.

Uno de los entrevistados dijo que las pastillas tienen el potencial de provocar anomalías en los bebés [“cuando ya no les funciona, les pueden salir el niño deformado”], mientras que otro participante de un grupo focal consideró que las pastillas suelen ser más usadas por mujeres adultas.

12.8 Percepciones sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE)

La principal idea expresada sobre la anticoncepción oral de emergencia por los participantes en es que no debería utilizarse más de dos o tres veces por año debido al riesgo que esto conlleva de “dañar” o causar esterilidad en las mujeres usuarias.

Participante M: Dicen que si toma muchas pastillas [de emergencia] así para no quedar embarazada, dicen que después se puede hacer estéril, entonces eso también.

Facilitadora: ¿Entonces hay como ese temor a usar la pastilla?

Participante M: Ajá.

Participante H: yo pregunté y me dijeron que no, que como quiera la pastilla están creo que calibradas, algo así, como una cosa exacta para que no tengan ningún daño a futuro.

Participante M: Yo solo he escuchado por las pastillas del día después, las de no quedar embarazada, no he escuchado.

Participante M: Sí, dicen que sí, porque yo tenía una amiga y ella pues ahorita ya no puede tener un bebé, ya porque muchas pastillas.

Facilitadora: tú dices que también has escuchado lo mismo, ¿pero con la pastilla del día después?

Participante M: Con las pastillas, por ejemplo, que toman a diario para no tener hijos, con eso yo no he escuchado, pero para el día después sí he escuchado, que si toman más de tres al año se pueden quedar estériles⁵².

⁵⁰ Grupo focal 15-19 años, provincia de Chimborazo.

⁵¹ Grupo focal 15-19 años, provincia de Esmeraldas.

⁵² Grupo focal 15-19 años, provincia de Manabí.

En contraste con esta noción de uso excepcional de la AOE, una adolescente entrevistada explicó que en su localidad la AOE es utilizada por las adolescentes como un método anticonceptivo frecuente y no solo en casos de emergencia, puesto que no requiere acudir a establecimientos o profesionales de salud; sin embargo, ella estaba consciente de que la AOE no debería utilizarse de manera constante, como se ilustra en las siguientes líneas.

Entrevistada: los hombres siempre usan preservativos.

Entrevistadora: Ya, ¿o sea que en los hombres es común que usen métodos anticonceptivos?

Entrevistada: sí, los hombres siempre se cuidan, porque no quieren tener hijos, quieren seguir su vida loca. En cambio, las mujeres prácticamente dicen que use su preservativo y luego dicen lo de la pastilla del día después. ¿Por qué? Es que mire, usamos lo de las pastillas del día después por lo que, no tienen que darle explicaciones a nadie prácticamente. Porque si se viene al hospital ya se lleva un control, ¿verdad? En cambio, en las farmacias no más uno adquiere su pastilla y ya. Entonces se cuidan los hombres y así se cuidan las mujeres, porque eso ya es prácticamente un método, lo de la pastilla del día después o pastilla de emergencia.

Entrevistada: ... de hecho eso ya es una forma de aquí que se cuidan, porque no se ponen inyecciones ni nada. Eso, solamente que luego de tener relaciones sexuales se compran una pastilla del día después y así. ¿Pero eso solamente es en ocasiones, no es verdad? Porque ya eso hace daño⁵³.

En el caso de otro entrevistado, la AOE fue un método que inicialmente le provocó miedo porque pensaba que se trataba de una medicación dañina, pese a lo cual lo utilizó con su pareja y solo después adquirió mayor conocimiento al respecto.

Entrevistadora: Y cuénteme de esta experiencia de usar la pastilla del día después. ¿Tú me dices que tu pareja, te propuso usar ese método?

Entrevistado: Sí porque la verdad no conocía y me sorprendió que me diga qué tal pastilla le compre y me daba miedo de repente sea algo, algún veneno o algo [risas] o algún medicamento que no tenía que tomar, y después, cuando ya tuve la charla aquí, ahí tuve un poco de información sobre la pastilla.

Entrevistadora: Y cuando usaron ese método ¿cómo hicieron? ¿Cómo obtuvieron ese método?

Entrevistado: Yo me acerqué a una farmacia, ahí lo obtuve.

Entrevistadora: ¿Y a tu pareja como le fue? ¿Cómo fue su experiencia usando ese método?

Entrevistado: La verdad nunca le pregunté, tan solo le di, después no pasó mucho y ya no nos volvimos a ver⁵⁴.

Finalmente, una participante mencionó como desventaja de la AOE el hecho de que puede estar caducada y producir embarazos como consecuencia.

12.9 Percepciones sobre los condones femeninos

La principal opinión expresada sobre los preservativos femeninos es que son extraños y difíciles de usar o manipular. Entre los términos usados para describir este método estuvieron “muy grandes”, “feos” “raros”, como se refleja en la siguiente cita.

Facilitadora: ¿Y qué sabemos del condón femenino?

⁵³ Entrevista a informante clave 15-19 años, sexo femenino, provincia de Esmeraldas.

⁵⁴ Entrevista a informante clave 15-19 años, sexo masculino, provincia de Morona Santiago.

Participante M: Sólo sé que son de dos aritos y que se introduce haciendo un moñito y ahí se introduce.

Participante M: Son muy grandes [inaudible].

Participante M: Son feos. Son raros.

Participante M: Sí, son feos.

Facilitadora: ¿Por qué les parece feos y raros?

Participante M: Porque son muy grandes.

Participante M: Puede dar miedo [risas]

Facilitadora: Pero ¿por qué te daría miedo?

Participante M: Bueno... es que no sé.

Participante M: No sabemos cómo utilizar.

Facilitadora: Ah, ¿lo que no entiendes es como usarlo?

Participante M: Sí, claro [inaudible]. Nunca han hablado de eso.

Participante M: Solamente nos han explicado el de los varones⁵⁵.

Si bien la cita anterior sugiere que la actitud negativa ante los condones femeninos estaría ligada a la falta de información, las percepciones negativas también surgieron entre adolescentes más familiarizadas con este método, quienes calificaron a los preservativos femeninos como difíciles de usar, muy grandes y con tendencia a salirse.

Entrevistada: Uy el condón femenino al menos para mí es complicado. Por ejemplo, lo mismo con los dedos y que estén ubicado la fecha de expiración, eso siempre es primordial y al momento es doblarlo, hacerlo como un tipo de U para poder insertar la parte más pequeña y ahí se incierta en lo que es la vulva o la vagina, la vulva creo que es, se inserta y dejamos que se abra y hay que tener cuidado. Tengo entendido, esto es algo que [inaudible] no lo he confirmado, que realmente no es muy recomendable porque es muy molesto y muy grande.

Entrevistadora: ¿Es molesto?

Entrevistada: Así yo he escuchado.

Entrevistadora: En otras personas, otras mujeres que han usado.

Entrevistada: Sí. Siempre, no es muy recomendable porque a veces se sale, es muy grande, no sé⁵⁶.

Entrevistada: Si no que para una mujer cuando se pone es más difícil y para el varón es más fácil ponerse eso. Sí, esa vez vi cómo era. Y nos explicaron también.

Entrevistadora: ¿Y por qué era más difícil para la mujer?

Entrevistada: Porque dice que se debe meter hasta acá [señala zona pélvica] y hacerle como un algo así [gesticula con la mano] y el hombre sólo le ponía ahí y ya está.

Entrevistadora: ¿O sea que introducir en la mujer era más difícil?

Entrevistada: Ajá⁵⁷.

Al hablar de las desventajas de este método, los participantes de un grupo focal refirieron el caso de una pareja que había tenido que acudir al hospital para que los profesionales de salud pudieran sacar el condón femenino de la vagina de la mujer.

Facilitadora: ¿Por qué creen que pasa eso, que nadie quiere usar el condón femenino?

⁵⁵ Grupo focal 15-19 años, provincia de Chimborazo.

⁵⁶ Entrevista a informante clave 15-19 años, sexo femenino, provincia de Manabí.

⁵⁷ Entrevista a informante clave 10-14 años, sexo femenino, provincia de Manabí

Participante H: Porque sienten que les molesta.

Participante M: Ese coso del condón es muy ancho.

Participante H: Y les molesta, se sienten incómodas.

Participante H: Una que se descuida y se les mete [risas].

Facilitadora: Por lo que tu decías que puede meterse y luego tienen que venir...

Participante M: ...al hospital para que puedan sacar esa cuestión [risas]⁵⁸.

Adicionalmente, otro grupo focal relevó que el acceso a este método es más complejo comparado con el preservativo masculino, ya que este último suele estar disponible en los establecimientos de salud a través de los dispensadores, mientras que en el caso los preservativos femeninos es necesario hacer una cita y obtener el método a través de la farmacia del establecimiento.

12.10 Percepciones sobre los Dispositivos Intrauterinos (DIU)

Pocos participantes del estudio dijeron conocer este método anticonceptivo, y también pocos compartieron sus opiniones sobre el mismo. Uno de los aspectos de los DIU evaluados fue su efectividad para prevenir embarazos. Al respecto las opiniones estuvieron divididas, pues algunos participantes mencionaron que la T de Cobre estaría entre los métodos anticonceptivos más efectivos para prevenir el embarazo junto con los implantes, mientras que otros dijeron que este método es poco efectivo.

Entre las opiniones negativas respecto a los DIU figuró la idea de que son incómodos y que pueden “puyar” o “rasgar” el pene de las parejas de quienes son usuarias de este método, como consta en las siguientes citas.

Facilitadora: ¿Por qué creen que estos [la T de Cobre y condón femenino] no los usan [los adolescentes]?

Participante H: Porque algunas mujeres dicen que se sienten incómodas.

Facilitadora: ¿Usando la T de Cobre o el condón femenino?

Participante M: La T casi no lo usan por lo que cuando están teniendo relaciones los hombres así se puyan [risas]⁵⁹.

Entrevistada: Solo he escuchado cosas malas [sobre los DIU] diciendo que son..., que es muy incómodo, que incluso una vez una chica, perdón, con el chico una vez no lo tenía y al momento de tener sexo en la penetración como que el pene del tipo como que se le rasgó, pero yo digo que eso por mal implantamiento, porque se lo ha colocado mal y ha de ser por eso. Y eso es lo único que sé. Pero he escuchado muchas cosas malas de eso, que es incómodo, que no es efectivo y es lo único que he escuchado⁶⁰.

Por último, una adolescente participante de un grupo focal manifestó que este método es más usado “en mujeres que ya han tenido hijos o han abortado”.

⁵⁸ Grupo focal 15-19 años, provincia de Esmeraldas.

⁵⁹ Grupo focal 15-19 años, provincia de Esmeraldas.

⁶⁰ Entrevista a informante clave 15-19 años, sexo femenino, provincia de Manabí.

12.11 Percepciones sobre el acceso a MAC y a servicios de SSSR

Al ser consultados sobre el lugar donde piensan que la mayoría de adolescentes de sus localidades obtienen métodos anticonceptivos, los participantes señalaron en medidas similares a las farmacias y a los establecimientos de salud públicos (centros de salud u hospitales). Entre quienes postularon a los establecimientos de salud como fuentes de MAC, algunos dijeron que esto se debería a la gratuidad de los métodos disponibles y la existencia de dispensadores de preservativos. Al preguntar a los participantes a dónde iría si algún momento necesitaran un método anticonceptivo, la mayoría indicó que acudiría a un centro de salud u hospital.

En lo que respecta al uso de servicios de salud sexual y reproductiva (SSSR), la mayoría de adolescentes participantes dijo que no ha acudido a realizar una consulta sobre salud sexual y métodos anticonceptivos en los establecimientos de salud, y tampoco creen que la mayoría de adolescentes de sus localidades acuden normalmente a realizar este tipo de consultas.

Al hablar sobre las razones que les motivan a no acudir a los servicios de SSSR, y que probablemente motivan también a otros adolescentes, la gran mayoría aludió a la vergüenza como un obstáculo.

Entrevistadora: por lo general tú crees que los adolescentes, chicos y chicas de tu edad acuden al centro de salud, ¿si es que tienen alguna necesidad de consultar sobre salud sexual o sobre métodos anticonceptivos?

Entrevistado: Algunos sí, pero creo que la mayoría no. Sentirían raro o aburrido informarse.

Entrevistadora: ¿Por qué sentirían raro?

Entrevistado: No creo que sentirían confianza para preguntar eso o hablar de eso, creo.

Entrevistadora: ¿Por qué crees que no hay confianza?

Entrevistado: Porque no les conocen [a los profesionales de salud], tienen miedo de que les hablen, o tienen vergüenza preguntarles⁶¹.

Unos cuantos participantes dijeron que, personalmente, la razón para no acudir a consultar se debe a que aún no han empezado a tener relaciones sexuales. Otros participantes también explicaron que quizás los adolescentes no acuden a los servicios por falta de interés en estos temas, o incluso porque consideran que no necesitan más información y conocimiento del que ya tienen, como reflejan las siguientes citas.

Facilitadora: ¿creen ustedes que los chicos de su edad tienen confianza como para ir al centro de salud a una consulta si es que quiere saber sobre métodos anticonceptivos? Varios participantes: No.

Participante H: No, no, no, no, no.

Participante M: Son rara las personas que se ven, así como que van.

Participante H: A menos que las inviten, por ejemplo, en casos, así como las de las casas abiertas.

Facilitadora: Entonces ¿es raro o casi nunca sucede que alguien vaya a la consulta? Participante

H: Casi nunca, es por la falta de interés.

Participante M: Y también por el miedo que tienen que ir con un adulto.

⁶¹ Entrevista a informante clave 15-19 años, sexo masculino, provincia de Chimborazo.

Participante M: Por la vergüenza.

Participante H: Falta de interés.

Facilitadora: ¿Falta de interés del adolescente?

Participante H: Claro, sí.

Facilitadora: ¿O sea, ellos creen que no necesitan?

Participante H: Sí, por lo general.

Participante M: Como que ya ellos ya saben todo.

Participante M: Sí pues. Como que tipo “me aburre eso no voy”.

Participante H: “Ya había escuchado ese diálogo” o “ya me han dicho en el colegio”.

Participante M: Sí, “ya me han dicho eso”, como que ya saben todo.

Participante H: Se creen los mejores⁶².

Facilitadora: O sea, tú dices que no van [a los servicios de SSSR] porque ya saben todo lo que necesitan saber, ¿algo así?

Participante H: O sea, dicen “yo ya sé lo suficiente”. Lo básico, sólo lo básico; “Ya sé cómo funciona, cómo se pone el preservativo, ¿para qué ir de nuevo al hospital?”. Eso es.

Facilitadora: Y para obtener métodos anticonceptivos, ¿por qué creen que los chicos y chicas no van a los centros de salud?

Participante M: Por vergüenza.

Participantes H: Por vergüenza.

Participante M: Vergüenza es sólo vergüenza.

Participante H: Vergüenza y por miedo a lo que diga la gente.

Participante H: Sí Muchas veces. O sea, la gente tiene conocidos, familiares en el hospital y si es que va, de repente le ven ya comienzan con el chisme y ya comienzan a criticarle, este es tal y cual, por eso⁶³.

La vergüenza fue un factor ya identificado anteriormente por los participantes como un obstáculo o barrera que evita que las y los adolescentes utilicen MAC, y es lógico que se repita en este punto dado que el acceso a anticonceptivos está vinculado al acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. Al hablar de la vergüenza de acudir a los servicios de SSSR, los participantes señalaron que tiene que ver tanto con el temor a la crítica de los padres, como con el temor de que las personas de su comunidad se enteren, lo cual se vincularía a la falta de confidencialidad en la atención; las siguientes opiniones reflejan esta preocupación.

Entrevistada: Pero yo supongo que no, que no vienen mucho al hospital porque como le digo casi no hay privacidad. La gente se entera, entonces eso es algo por lo que no vienen por eso, se cohiben de venir. De hecho, por eso, como le decía que la mayoría de las personas padecen de enfermedades de transmisión sexual aquí. De verdad, se ha regado demasiado el Sida y el ... ¿cómo se llama? ¿Qué le da a las mujeres?

Entrevistadora: ¿Papiloma?

Entrevistada: Papiloma, eso. Esos son los que más se están regando aquí en el pueblo. Y aquí en el hospital tenemos, tenemos los que... ¿cómo se llaman los que atienden eso? Obstetras creo que son, ¿no?

Entrevistadora: o ginecólogos.

Entrevistada: Sí los ginecólogos. Prefieren no venir a hacerse tratar aquí porque, como le digo, no hay tanta privacidad y la gente se entera de una u otra manera, la gente se entera. Y eso sí es malo, porque usted sabiendo que alguien tiene enfermedades, usted no estaría con esa persona,

⁶² Grupo focal, provincia de Manabí.

⁶³ Grupo focal, provincia de Morona Santiago.

¿verdad? Claro, y como aquí en [la localidad] somos [un pueblo] pequeño, uno anda con uno, anda con el otro, y así.

Entrevistadora: ¿O sea que no hay mucha privacidad, digamos, en el centro de salud?

Entrevistada: Ajá, o sea, tal vez no sé si de los doctores, pero al momento, como siempre que hay aquí bastante parte de la sociedad.

Entrevistadora: ¿dices la gente mirando quién viene y quién no?

Entrevistada: Sí. Eso⁶⁴.

Facilitadora: ¿Uds. creen que [en los establecimientos de salud] actualmente hay esas cualidades [confidencialidad y privacidad]?

Varias participantes: no, no [en coro].

Participante M: No, rara es la vez.

Participante M: raro, sí.

Participante M: Sí, muy pocas personas...

Participante M: No, ni existen.

Participante M: Privacidad sí, algunos...

Participante M: Depende

Participante M: La mayoría juzga.

Participante M: Sí, la mayoría juzga.

Facilitadora: ¿Por qué?

Participante M: Por qué, no sé, es como que les pica la lengua, dicen "Uy, esa niña entra ahí, que la mamá no le educa", así saben decir de todo.

Participante M: Las vecinas [risas]

Participante M: Siempre están al pendiente de los demás...

Facilitadora: Y ustedes creen que ¿juzga la gente que está en el centro de salud o que juzgan los doctores, o que juzgan todos?

Participante M: La gente.

Participante M: La gente, el público, se puede decir.

Participante M: Muchas veces hasta la familia.

Participante M: Si tu familia habla de ti, ¿qué esperaré de las demás personas?

Participante M: Sí⁶⁵.

Como se puede observar en las anteriores citas, los participantes del estudio consideran que la falta de confidencialidad y/o privacidad de los servicios de SSSR estaría vinculada más a la presencia de personas de la comunidad en los establecimientos, y menos a la falta de confidencialidad de los profesionales de salud que atiende allí, aunque esta última situación también fue identificada como una realidad por unos cuantos participantes, como evidencian las siguientes opiniones.

Facilitadora: ¿Ustedes creen que los chicos y chicas de su edad tienen confianza de venir al centro de salud, si es que quieren hacer una consulta sobre salud sexual y sobre métodos anticonceptivos?

Participante M: La mayoría no.

Facilitadora: La mayoría no... ¿por qué?

Participante M: No les da la gana de venir acá.

Facilitadora: Sí, pero la pregunta es ¿por qué?

Participante M: Por vergüenza.

⁶⁴ Entrevista a informante clave 15-19 años, provincia de Esmeraldas.

⁶⁵ Grupo focal, provincia de Chimborazo.

Participante H: Que no se sienten cómodos.

Facilitadora: ¿Y por qué no se sienten cómodos?

Participante H: Por muchos motivos.

Facilitadora: Ajá, justamente eso es lo que queremos saber para poder mejorar la atención.

Participante M: Es que los doctores..., ellos creen que los doctores les van a decir a los papás [risas]

Facilitadora: Esa puede ser tal vez una razón...

Participante M: Porque la psicóloga puede llegar, llevarle a donde los papás y darle una terapia...

Facilitadora: Entonces una razón de no sentirse cómodos es que los papás se pueden enterar, ¿o sea que no hay privacidad?

Participante M: Muchas de las adolescentes hacen relaciones sin que la mamá y el papá sepan⁶⁶.

Entrevistadora: ¿Y por qué crees que les da vergüenza venir [al establecimiento de salud]?

Entrevistado: Porque hay veces que conocen a la persona que nos da [los métodos], y hablan y nos juzgan.

Entrevistadora: [inaudible] O sea conocen tal vez a la doctora, doctor, obstetrix... Y entonces van hablar.

Entrevistado: Ajá⁶⁷.

Por último, unos pocos participantes del estudio mencionaron la existencia de actitudes negativas o críticas de los profesionales de salud como probable motivación para que las y los adolescentes decidan no acudir a los servicios de SSSR.

Facilitadora: Y pensando seriamente ¿por qué no están yendo los chicos? Porque se supone que en los centros de salud tienen servicios de salud amigables para adolescentes ¿no cierto?

Varias participantes: Por la vergüenza.

Participante M: Por qué ahí van a necesitar coger de la fila, no sé.

Participante M: Sí, se demora bastante.

Participante M: Claro, si tú coges el turno o la llamada [inaudible]... eso se llama planificación familiar.

Participante M: Pero, ahí siempre te preguntan si has tenido relaciones sexuales.

Participante M: Sí. Y cuando decimos que no, dicen ¿para qué necesita? Bueno, a mí siempre me han dicho eso [risas].

Facilitadora: Perdón ¿cuál era la idea?

Participante M: Porque cuando vas para ponerte el implante siempre te preguntan si has tenido relación o tienes amigos, si dices que no, dicen ¿entonces para que necesitas?

Participante M: [preguntan si] tienen pareja, por si acaso...

Facilitadora: ¿Como que te niegan?

Participante M: Sííí.

Participante M: Ajá.

Participante M: Para que te pongan tienes que decir que sí tienes⁶⁸.

Entrevistadora: ¿Y tú crees que para los chicos es fácil ir a los centros de salud y pedir anticonceptivos?

Entrevistada: No, se las hace duro porque les da vergüenza a algunos.

Entrevistadora: ¿Y por qué crees que les da vergüenza?

Entrevistada: Porque ya le van a decir que ya lo han cogido, entonces como todo critican.

⁶⁶ Grupo focal 15-19 años, provincia de Esmeraldas.

⁶⁷ Entrevista a informante clave 15-19 años, sexo masculino, provincia de Esmeraldas.

⁶⁸ Grupo focal 15-19 años, provincia de Chimborazo.

Entrevistadora: ¿Eso dirían los propios doctores, las enfermeras, etc.?

Entrevistada: Sí, eso sí porque obvio critican así⁶⁹.

12.12 Cualidades buscadas en los servicios de SSSR

Para comprender mejor la percepción que tienen los participantes del estudio sobre los servicios de SSSR, se indagó sobre las cualidades que les gustaría que existan en los servicios actualmente disponibles para su atención. En la mayoría de casos, quienes fueron consultados respondieron que esas cualidades incluyen la confidencialidad, la privacidad, el trato amable, y aspectos relacionados, como el hecho de “no ser juzgados” o que los profesionales de salud inspiren confianza y sean respetuosos. Las siguientes citas se refieren a la necesidad de confidencialidad en la atención descrita por los participantes.

Entrevistadora: Te decía, entonces, que pensando en cómo deberían ser las consultas, los servicios para adolescentes, no es cierto, qué características deberían tener para que más chicos se sientan, como confiados de venir.

Entrevistada: La confideli...

Entrevistadora: ¿confidencialidad?

Entrevistada: sí, eso [risas]. Y que los doctores sean de mente abierta, que no juzguen a los chicos también.

Entrevistadora: Y para ti ¿qué es la confidencialidad?

Entrevistada: O sea, así como me dijo al principio, que lo que conversan entre ellos, sea como que de ellos, como que si van un día los padres no le va a decir "Ah su hijo me dijo esto, esto; esto". Que solo quede entre ellos⁷⁰.

Facilitadora: De estas características o cualidades que puede tener la atención para adolescentes, ¿cuáles ustedes dirían que son las tres más importantes para los jóvenes como ustedes?

Participante M: Privacidad.

Participante H: La confidencialidad, privacidad y trato amable...

Participante H: El trato amable.

Facilitadora: Creo que les escuché entonces la confidencialidad, la privacidad y el trato amable, ¿es correcto?

Participante H: Sí, yo creo que sí.

Facilitadora: ¿Y por qué dirían que esas son las más importantes?

Participante H: Porque sí [risas].

Participante H: Es que la privacidad y eso, es que eso es algo de uno, para que no sepan los demás lo que uno está haciendo. Por qué no puedo ir contando al que se nos aparece, es para sentirnos en confianza se puede decir.... que se mantenga lo que es en el ámbito laboral, y que no vaya a intervenir lo que es en lo personal y nada por el estilo⁷¹.

Facilitadora: ¿algo más es importante o les parece importante cuando uno va, o si uno fuera a una consulta? ¿qué sería importante para ustedes?

Participante M: Que den una funda para uno meter un poco de pastillas que le dan a uno...

Participante M: ...deben darle una funda para que uno no lleve las cosas, no lleve las cosas en las manos.

⁶⁹ Entrevista a informante clave 15-19 años, sexo femenino, provincia de Esmeraldas.

⁷⁰ Entrevista a informante clave 15-19 años, sexo femenino, provincia de Manabí.

⁷¹ Grupo focal 15-19 años, provincia de Morona Santiago.

Participante H: ¿Cuál cosa?

Participante M: Para las medicinas, para sea lo que sea.

Facilitadora: ¿Y darle la funda es importante para que no sea vea?

Participante M: Para que no estén chismoseando lo que uno lleva, le dan su poco de medicina a uno y uno tiene que andar llevando en la mano.

Facilitadora: Entonces tal vez eso tiene que ver con lo que se llama la privacidad y la confidencialidad, ¿no cierto?

Participante H: Sí⁷².

Unos cuantos participantes del estudio también mencionaron como características necesarias de los servicios que tengan horarios de atención flexibles o ajustados a las necesidades de las y los adolescentes (por ejemplo, atención en fines de semana), y que la atención sea rápida y oportuna, al igual que el proceso de obtener citas o turnos.

Finalmente, algunos participantes dieron su opinión sobre aspectos que se podrían mejorar en la atención ofertada en los establecimientos de salud, los cuales coinciden en buena medida con las cualidades deseadas ya descritas arriba, es decir, mejorar la confidencialidad, la amabilidad o buen trato, así como la rapidez en la atención y la entrega de citas, tal como se ilustra en las siguientes citas.

Facilitadora: ¿qué cosas creen que se pueden mejorar en los servicios amigables para adolescentes, para que más chicos vayan?

Participante M: Que no esté cerca [el establecimiento de salud], porque si juzgan es como que les da miedo, vergüenza al mismo tiempo de que le vean en ese lugar.

Participante M: ¿Qué haces aquí?

Participante M: [que no juzguen]...Eso es "impossible".

Facilitadora: ¿Qué no te juzguen es imposible? ¿Por qué?

Participante M: Porque siempre va a haber...

Participante M: Siempre hay una, siempre, nunca fallan

Participante M: Si te ven bien te juzgan y si te ven mal, también te juzgan.

Participante M: También.

Participante M: Solo cuando muerto, "fue tan buena persona" y bien que cuando estabas vivan hablaban mal.

Participante M: Y te venían a dejar florecitas.

Participante M: Ahí vienen llorando [risas]

Facilitadora:] ¿Y se les ocurre que se podría hacer, para que más chicos o más chicas vayan al centro de salud?

Participante M: Que no vaya la gente que juzga [risas]

Participante M: No va nadie entonces [risas]

Participante M: Yo diría eso, todo vacío [risas]

Participante M: Yo digo que una estrategia sería como que darles confianza.

Participante M: Que los doctores den confianza. Que no diga "el paciente de allá vino y me dijo esto y le dije esto".

Participante M: No deben ser así los doctores⁷³.

Entrevistadora: ¿Y aparte de eso [mejorar la privacidad]?

⁷² Grupo focal, provincia de Esmeraldas.

⁷³ Grupo focal, provincia de Chimborazo.

Entrevistada: ...no sé, que mejore la hospitalidad aquí, o sea, no tratan bien a la gente y que es algo público, pero no te tratan bien. Los doctores, los doctores, sí con gusto, porque ellos, los que recién entran, los rurales nos tratan un poco chévere, en cambio las personas que digamos, que tienen menos cargo son las que como se creen dueños del hospital, porque de hecho algunas personas prefieren pagar cosas privadas teniendo público, porque aquí no lo tratan bien a uno, sus maneras, como la forma de tratar a las personas.

Entrevistadora: Pero me dices no tanto los doctores, sino ...

Entrevistada: de hecho, yo tuve un inconveniente hace poco con la señora creo que es de Estadística. Es que no sé, porque me dieron una cita y me mandaron, y estaba en una hora, pero no habían mandado la carpeta, yo la vine a retirar y ahí ella me dijo que la espere, pero me hubiera dicho "por favor espéreme un ratito, o nomás espéreme por favor". O sea, normal, me entiende. Y ella me dijo siéntese allá espere. Y luego me dice: "Usted cree que yo estoy jugando aquí?" O sea, no es una forma de tratar. Es algo público, pero que igual sabemos a ellos no es que están trabajando gratis aquí. Igual así estuvieran, tienen que atender, tienen que darles como más charlas a la gente cómo tratar al resto de las personas.

Entrevistadora: Claro, para que también se sientan a gusto...

Entrevistada: Claro, si uno no viene es por eso, porque sí lo tratan de una de manera fea aquí. Pero no los doctores ni las enfermeras, sino que son los trabajadores, los que menos...

Entrevistadora: ¿tal vez las personas administrativas, de servicios?

Entrevistada: Ajá. Eso, eso, de la limpieza...

Entrevistada: En cambio los profesionales, como son profesionales. En cambio, ellos, dueños del hospital, las personas atienden al que le cae mejor. O sea, a ellos los hacen pasar primero, hasta a los doctores los quieren mandar⁷⁴.

Facilitadora: Ustedes tienen un poco de conocimiento de cómo funciona la atención a adolescentes, en base a su experiencia, ¿creen que hay cosas o aspectos que se podrían mejorar de la atención que actualmente se ofrece a los chicos y chicas de su edad?

Participante H: aumentar lo que es en el aspecto de la confidencialidad y la privacidad y también la atención rápida, si la atención rápida, porque pides una cita y te dan para el siguiente mes.

Facilitadora: Y también la atención rápida.

Participante H: Sí.

Facilitadora: Oh, ya. Entonces eso también habría que mejorar.

Participante H: Tienes que venir aquí a las 6 de la mañana para ver si te dan turno para el día⁷⁵.

Otras respuestas dadas sobre posibles mejoras en los servicios de SSSR incluyen que se potencie la entrega de información y las actividades de educación y promoción para alcanzar a más adolescentes; la colocación de más dispensadores de preservativos, y la posibilidad de que se sensibilice a los padres y madres de familia sobre SSSR.

13. Principales hallazgos del componente cuantitativo

Uso de MAC

- La mitad de encuestados de 15-19 años de sexo masculino dijo haber tenido relaciones sexuales, mientras que las mujeres dijeron haberlo hecho en un porcentaje bastante menor. La mayoría de quienes han tenido relaciones sexuales dijeron haber usado alguna vez un método anticonceptivo.
- Entre los participantes del estudio de 15-19 años, el MAC más usado por ambos sexos es el preservativo masculino. Esta tendencia fue más marcada entre los hombres, pues las

⁷⁴ Entrevista a informante clave 15-19 años, sexo femenino, provincia de Esmeraldas.

⁷⁵ Grupo focal 15-19 años, provincia de Morona Santiago.

mujeres dijeron también haber usado implantes (31%) y condones femeninos, aunque en menor frecuencia. De forma similar, el MAC que se percibe como más utilizado por la población adolescente en general es el preservativo masculino en ambos grupos de edad, seguido del implante subdérmico entre los adolescentes mayores y la inyección entre los menores.

- El uso del MAC reportado se debería ante todo a la facilidad para obtenerlo, reconocida más por los hombres (56%), y también a la efectividad del MAC, reconocida más por las mujeres (41%). Sin embargo, una cantidad apreciable de adolescentes dijeron que su uso se debió a que es el único MAC que conocen. Quienes no han usado MAC dijeron no haberlo hecho principalmente por no tener relaciones sexuales a menudo.
- El uso de MAC entre la población adolescente se percibe como “Un poco común” o “Algo” común”. Las razones por las cuales la población adolescente no utilizaría MAC incluyen la vergüenza de comprar o solicitar MAC y la falta de dinero, las cuales fueron identificados como primera y tercera razón en ambos grupos de edad.

Preferencia de MAC

- Los adolescentes hombres de 15-19 años mostraron una clara preferencia (85%) por los preservativos masculinos, mientras que las mujeres prefirieron el uso implantes (38%) y condones masculinos (31%).
- Las razones para preferir los condones fueron la efectividad, la protección contra ITS y la facilidad de uso. La principal razón para preferir los implantes fue su efectividad, seguida de tres razones que recibieron el mismo peso: la discreción que ofrece, la facilidad de uso y la protección contra ITS (erróneamente percibida).
- La mayoría de las y los adolescentes pertenecientes a los principales grupos étnicos que componen la muestra prefirieron los condones masculinos, seguidos de los implantes subdérmicos.
- Las y los adolescentes de todas las provincias del estudio prefirieron los condones masculinos, con excepción de Chimborazo donde la elección prioritaria fue el implante subdérmico.
- Las cualidades que son más importantes para los participantes a la hora de seleccionar un MAC incluyen la efectividad, la facilidad de uso y la protección contra las ITS.
- Los adolescentes de ambos grupos de edad consideran al preservativo masculino como el mejor MAC para ser usado por adolescentes; las mujeres de 15-19 años colocaron en segundo lugar al implante, y las de 10-14 años a los condones femeninos.
- Las cualidades consideradas ideales en un MAC para adolescentes en ambos grupos de edad son la efectividad, la facilidad de uso, y la protección ante ITS, es decir, las mismas cualidades consideradas más importantes a la hora de escoger un MAC.

Percepciones sobre MAC

- La indagación sobre la efectividad de cada tipo de MAC reveló que los implantes, las inyecciones, los preservativos, tanto masculinos como femeninos, y la AOE se perciben como muy o bastante efectivos. La anticoncepción oral y el DIU son considerados menos efectivos o se desconoce su efectividad. Asimismo, la investigación sobre la facilidad de

uso de cada tipo de MAC reveló que la inyección y el preservativo masculino se consideran muy fáciles de usar, pero que se desconoce sobre la facilidad de uso del resto de MAC.

- Las ideas/percepciones presentadas a los encuestados sobre diferentes tipos de MAC para conocer si estaban o no de acuerdo con ellas, en su mayoría no fueron ni aceptadas ni rechazadas por los encuestados quienes contestaron predominantemente “no sé”, con la excepción de las ideas presentadas sobre los condones masculinos. Para este MAC las percepciones que tuvieron menor asidero entre los encuestados son que “los condones son difíciles de usar” y que “no es necesario usar condón al estar en una relación estable”. Las ideas propuestas que tuvieron mayor aceptación son que “a los hombres no les gusta usar condones”, “que es fácil hablar sobre condones con la pareja” y “que es vergonzoso comprar u obtener condones”.
- Entre las pocas ideas respecto a otros MAC que fueron aceptadas por los participantes constan la dificultad de uso diario de las píldoras anticonceptivas, la efectividad de las inyecciones y el implante, y la discreción de las inyecciones y de las píldoras.

Conocimiento sobre MAC

- Hay una diversidad de fuentes de información sobre MAC, principalmente los establecimientos de salud (15-19 años) y los padres y madres de familia (10-14 años).
- Los preservativos masculinos son los MAC reportados como los más conocidos por ambos grupos de edad y sexos. En las mujeres de 15-19 años hay más conocimiento sobre el implante comparado con los hombres, y lo mismo sucede en el grupo de 10-14 años. Sin embargo, en este último grupo una cantidad significativa de adolescentes dijo no tener mayor conocimiento sobre ningún método.
- El DIU es indudablemente el MAC menos conocido por ambos grupos de edad y sexos; los condones femeninos también figuran entre los MAC menos conocidos por ambos grupos de edad.
- Aproximadamente la mitad de participantes, de ambos grupos de edad, dijeron no saber si todos los MAC protegen de ITS o, en su defecto, dijeron que sí lo hacen, lo cual es incorrecto. Sin embargo, ambos grupos de edad y ambos sexos contestaron mayoritariamente que el preservativo masculino es el MAC que previene tanto embarazos como ITS, seguido del preservativo femenino.
- Hay una noción mayoritaria, en ambos grupos de edad y ambos sexos, de que la AOE previene embarazos después de relaciones sexuales sin protección. Sin embargo, también hay cantidades no desdeñables de adolescentes que piensan que la AOE “termina embarazos” o “protege de ITS”.
- Porcentajes llamativos de adolescentes en ambos grupos de edad y de ambos sexos dijeron no conocer el período de tiempo dentro del cual la AOE puede usarse para disminuir el riesgo de embarazo.
- En ambos grupos de edad hay cantidades llamativas de adolescentes que consideran que el preservativo masculino es 100% efectivo para evitar embarazos, y que es mejor utilizar dos preservativos al mismo tiempo. En ambos grupos de edad, cantidades altas de

adolescentes piensan que las pastillas anticonceptivas deben tomarse solo los días en que se tienen relaciones sexuales.

Acceso a MAC y uso de servicios de SSSR

- Los establecimientos de salud públicos y, en segundo lugar, las farmacias son percibidos como los lugares donde las y los adolescentes obtienen MAC por ambos grupos de edad. Entre los adolescentes de 10-14 años hay una cantidad significativa que dijo no saber dónde generalmente los adolescentes obtienen MAC.
- Ambos grupos de edad consideran mayoritariamente que es fácil o muy fácil obtener MAC en sus localidades.
- Sin embargo, ambos grupos de edad identificaron que entre los obstáculos enfrentados para acceder a MAC están la vergüenza de acudir a un establecimiento de salud o farmacia. Así mismo, ambos grupos identificaron entre las tres principales barreras la lejanía del lugar donde se puede obtener MAC.
- Porcentajes altos de adolescentes en ambos grupos de edad dijeron haber ido alguna vez a una consulta sobre salud sexual y anticoncepción, principalmente en establecimientos de salud pública, donde la mayoría percibió que pudo satisfacer sus necesidades.
- En ambos grupos de edad, los adolescentes que no han ido a consultas dijeron que sus motivos para ello fueron no haberlo necesitado y sentir que es vergonzoso hacer estas consultas en establecimientos.
- Ambos grupos de edad definieron que la principal cualidad deseada en los servicios de SSSR es la privacidad. Otras cualidades deseadas en ambos grupos, pero en diferente orden de prioridad, son que no se juzgue a las y los adolescentes que acuden, y que los profesionales de salud sean amables.

14. Principales hallazgos del componente cualitativo

Uso de MAC

- La mayoría de participantes en entrevistas y grupos focales considera que el uso de MAC entre la población adolescente es limitado.
- Las razones dadas para explicar el uso limitado de anticoncepción incluyen la vergüenza que las y los adolescentes tienen de que sus padres y otros adultos se enteren de su actividad sexual, que se experimenta más entre las adolescentes mujeres. Otra razón involucra actitudes de los adolescentes hacia los MAC, principalmente el considerar que los preservativos evitan una sensación placentera durante las relaciones sexuales, y la tendencia a mantener relaciones sexuales sin previsión, priorizando la inmediatez del encuentro sexual sobre la búsqueda de anticoncepción.
- Los condones masculinos son percibidos como los MAC más usados por sus pares debido a la facilidad para obtenerlos y la facilidad de usarlos. Otros MAC que se percibe también son usados incluyen los implantes, por su duración, efectividad y discreción, y la AOE por su facilidad de acceso y uso, pues al igual que los preservativos puede obtenerse en farmacias sin necesidad de una consulta médica.

Preferencias de MAC

- Los preservativos masculinos son el MAC preferido por los participantes, tendencia que fue más marcada entre los adolescentes hombres. Las razones de la preferencia radican en la protección contra ITS y la percepción de que este método es fácil y rápido de obtener.
- El implante subdérmico fue otro MAC preferido, aunque en menor medida, sobre todo por adolescentes mujeres que evalúan positivamente su duración, la cual conlleva la comodidad de no usar el método mensual o diariamente, a la vez que implica seguridad/efectividad de protección ante embarazos porque reduce o elimina la posibilidad de olvido.
- Las inyecciones anticonceptivas también fueron preferidas por algunos participantes de grupos focales que priorizaron este método en virtud de que no requiere una toma diaria como las pastillas, y dado que es una opción ante las complicaciones que puede acarrear el implante si las mujeres hacen actividad física fuerte.
- Las cualidades más importantes para las y los adolescentes al seleccionar un MAC son la efectividad de la protección ante embarazos, la protección contra ITS y la facilidad para obtener el método.

Percepción preservativos masculinos

- Las características positivas del condón masculino incluyen la protección ante ITS, la facilidad de obtención y la facilidad de uso. Las desventajas o características negativas del preservativo percibidas con mayor frecuencia incluyen el riesgo de romperse al ser usados, la posibilidad de que estén caducados, y la noción de que evitan una sensación placentera durante las relaciones sexuales.

Percepción del implante subdérmico

- Las ventajas del implante subdérmico incluyen características previamente ya identificadas al hablar del por qué los adolescentes usan y por qué prefieren este método: su duración y su efectividad/seguridad en función de que reduce la posibilidad de olvido. En menor medida se valora su discreción, pues no se nota una vez colocado en el brazo de la usuaria. Entre las desventajas o características negativas del implante percibidas se destacan los cambios de peso (que pueden ser tanto aumento como disminución) y los cambios en el ciclo menstrual (ya se trate falta de menstruación o de menstruación abundante). Adicionalmente, hay la percepción de que el implante puede romperse o deformarse y causar dolor si las usuarias hacen demasiado esfuerzo físico o si dejan que el implante permanezca en el brazo más tiempo del debido.

Percepción de las inyecciones anticonceptivas

- Las inyecciones anticonceptivas tienen entre sus características positivas el uso mensual, lo cual se considera una ventaja frente al uso diario de las pastillas. Sin embargo, sus desventajas incluyen el ser un método “menos seguro” o efectivo frente al implante, pues se requiere recordar la administración mensual del método. La inyección también se asoció a diversos efectos secundarios, p. ej., cambios de peso, dolor de cabeza,

esterilidad, sin embargo, estas situaciones fueron mencionadas de forma menos consistente. En unos pocos casos se asoció a situaciones indeseables como el experimentar miedo o dolor durante su administración.

Percepción de la AOE

- La principal percepción alrededor de la anticoncepción oral de emergencia (AOE) es que no debe ser utilizada más de dos o tres veces al año, bajo el riesgo de ocasionar problemas como la esterilidad. Sin embargo, en determinadas localidades hay la percepción de que la AOE es un método utilizado de forma más regular y no solamente en situaciones de emergencia, probablemente debido a la facilidad de acceso comparado a otros métodos que demandan una consulta médica y/o receta.

Percepción de los anticonceptivos orales

- Los anticonceptivos orales se evaluaron como un método con más desventajas, principalmente por la necesidad de toma diaria y la posibilidad de olvido que conlleva. También se asoció a efectos secundarios como cambios de peso (aumento), e incluso a la posibilidad de “enfermar” y provocar palidez a las usuarias.

Percepción de los preservativos femeninos

- Los preservativos femeninos generalmente fueron percibidos como un MAC complejo de utilizar por sus características de ser “muy grande” y hasta “raros”. A diferencia del preservativo masculino, este método se percibe como de difícil acceso en los establecimientos de salud públicos donde no existen dispensadores de preservativos femeninos y su obtención tendría que hacerse a través de consultas, recetas y entrega en farmacia.

Percepción de los DIU

- Los dispositivos intrauterinos, un método poco conocido por los participantes del estudio, son percibidos de forma diversa en cuanto a su efectividad para evitar embarazos; hay quienes los ubican entre los métodos más efectivos y quienes los consideran poco seguros en este aspecto. También hay quienes los perciben de forma negativa por la posibilidad que tendrían de “puyar” o “rasgar” el pene durante las relaciones sexuales.

Acceso a MAC y uso de servicios de SSSR

- Las y los participantes consideran que la mayoría de adolescentes acceden a MAC en farmacias y establecimientos de salud, y piensan que, si en el futuro requieren de MAC, lo obtendrían en un establecimiento de salud.
- Muy pocos adolescentes han acudido a consultas de SSSR y consideran que sus pares tampoco lo hacen, principalmente por vergüenza de ser vistos y juzgado por otros miembros de su comunidad, aunque también intervendría, en menor medida, la falta de interés o preocupación por este tema y la noción de que ya se tiene toda la información necesaria sobre anticoncepción.

- Las cualidades de los servicios de SSSR más valoradas son la privacidad, confidencialidad y amabilidad o buen trato, aunque unos pocos participantes también mencionaron la importancia de horarios flexibles, y rapidez en la atención y entrega de citas. A la vez, estos fueron los mismos elementos identificados cuando se preguntó a los participantes sobre aspectos de los servicios de SSSR en necesidad de mejoras.

15. Discusión de los resultados

La muestra de encuestas que se alcanzó tuvo un balance adecuado entre las provincias seleccionadas, así como también entre grupos de edad y sexos. Los grupos étnicos mayoritarios en la muestra fueron mestizo y shuar, que juntos llegaron casi a un 70-75% del total. El grupo étnico kichwa estuvo minoritariamente representado en la muestra.

La información recopilada a través de ambos componentes del estudio señala que el preservativo masculino es el MAC más conocido y aquel percibido como el más usado por la población adolescente, según los participantes del estudio de ambos rangos de edad y ambos sexos. También es el MAC más utilizado por las y los participantes de 15-19 años⁷⁶, especialmente entre hombres (96%). Los demás MAC parecen ser usados en una ínfima proporción por los hombres, aunque algo más por las mujeres, quienes también usan implantes y condones femeninos. Llama la atención el casi nulo uso de la inyección, el DIU y la píldora anticonceptiva.

El uso prioritario del preservativo masculino concuerda con estudios que determinan que este es el principal método utilizado entre las y los adolescentes a nivel mundial(12,13). Sin embargo, dichos estudios también señalan un uso significativo de otros MAC como la anticoncepción oral e inyectables, lo cual no se refleja en la información recopilada a través de este estudio.

En ambos componentes del estudio se reconoció la facilidad de obtención del preservativo masculino como una de las principales razones para explicar su uso, aunque un porcentaje llamativo de adolescentes encuestados dijeron que lo usan porque no conocen otro método. Esto sugeriría la posibilidad de que, si pudiesen obtener otros MAC (como por ejemplo inyección, DIU o anticoncepción oral), y si los conocieran mejor, es posible que su uso se incrementaría.

Las preferencias de MAC entre adolescentes encuestados de 15-19 años presentan una clara diferencia según el sexo: los adolescentes hombres prefieren el preservativo masculino (85%), mientras que las adolescentes mujeres prefieren el implante subdérmico (38%) seguido de los preservativos masculinos (31%). En el componente cualitativo también se identificó una preferencia por preservativos masculinos, seguidos del implante, que asimismo fue preferido por las mujeres participantes del estudio.

Si bien el implante es el MAC preferido entre las mujeres, no es el más usado dentro de este grupo, lo cual sugiere que esta preferencia no se satisface, posiblemente por una dificultad de acceso u oferta de este MAC.

⁷⁶ Mientras los adolescentes de 15-19 años reportaron su uso personal de este MAC, los adolescentes de 10-14 años reportaron la percepción del uso de este MAC entre sus pares.

Al analizar las preferencias de MAC, nuevamente llama la atención en ambos sexos la baja preferencia por otros MAC como la anticoncepción oral y el DIU; las inyecciones son un MAC que quizás tienen un poco más de aceptación en virtud de los hallazgos del componente cualitativo y dado que las mujeres de 15-19 años encuestadas las ubicaron como tercera opción de preferencia y tercera opción de MAC más adecuado para adolescentes.

Entre los encuestados, los preservativos fueron preferidos por su efectividad, su protección ante ITS y su facilidad de uso. Entre los participantes de entrevistas y grupos focales su preferencia se explicó también por la protección contra ITS, pero, además, por su facilidad de obtención.

La preferencia por implantes en el componente cuantitativo se explicó ante todo por su efectividad para proteger de embarazos, y luego por varios factores que tuvieron el mismo peso: discreción, facilidad de uso, y protección contra ITS. En el componente cualitativo, la preferencia por los implantes se explicó sobre todo en función de su duración y efectividad.

La importancia dada a la efectividad como principal motivo para preferir una opción anticonceptiva coincide con hallazgos de otros estudios que señalan este rasgo entre los determinantes prioritarios para preferir o elegir un MAC entre grupos de adolescentes (9,14,15).

La preferencia por un tipo de MAC no presenta mayores diferencias entre provincias donde se ubican los clubes, siendo los condones masculinos los preferidos, excepto en el caso de Chimborazo donde lo fueron los implantes. Hay que notar sin embargo que la submuestra de respondentes en Chimborazo para esta pregunta es muy pequeña y, por lo tanto, el margen de error muestral para este subgrupo puede ser considerable, de modo que se debe tomar con precaución el dato en esta provincia.

Las percepciones sobre cada tipo de MAC se exploraron en el componente cuantitativo principalmente planteando afirmaciones para que los encuestados determinen su acuerdo o desacuerdo. Es interesante notar que para la mayoría de afirmaciones sobre los distintos MAC, los encuestados dieron como principal respuesta “no sé”, con la excepción notable de los preservativos masculinos, lo cual apunta a una falta de familiaridad de la población adolescente con los otros tipos de MAC. Entre las pocas percepciones que sí se expresaron sobre otros MAC destacan la alta efectividad de implantes e inyecciones, y la dificultad de uso (toma diaria) de los anticonceptivos orales.

Comparativamente, las percepciones sobre cada tipo de MAC recogidas en el componente cualitativo fueron más informativas, pues se identificaron ventajas y desventajas asociadas a cada método. Los implantes, las inyecciones y los anticonceptivos orales se evaluaron predominantemente en función de la duración que ofrecen para prevenir el embarazo, de tal forma que esta cualidad fue la principal ventaja de los implantes y la principal desventaja de los anticonceptivos orales, mientras que la duración de las inyecciones (mensuales) representó al mismo tiempo una ventaja y una desventaja, según el MAC con el que fueran comparadas. La duración estuvo estrechamente relacionada a la percepción de efectividad de cada MAC, pues la posibilidad de prevenir el olvido de uso mediante métodos de mayor duración como el implante

se tradujo en la percepción de mayor seguridad (efectividad) para prevenir embarazos. Este hallazgo coincide con estudios similares que definen a la duración de los MAC y la poca necesidad de recordación como un factor importante entre las adolescentes para determinar la elección y uso de anticoncepción(16,17).

En el componente cualitativo, los cambios de peso (aumento o disminución), así como los cambios en el ciclo menstrual (amenorrea o menorragia) estuvieron entre las desventajas o efectos secundarios asociados a los implantes de forma consistente; el componente cuantitativo igualmente registró una asociación entre implantes y aumento de peso. Al respecto, es interesante notar que, si bien varias entrevistadas estaban conscientes de los efectos secundarios de los implantes, aún los consideraron el MAC que prefieren o que utilizarían en un futuro.

En ambos componentes del estudio, los preservativos masculinos se percibieron como un MAC fácil de utilizar. En el componente cualitativo la noción de que evitan una sensación placentera durante las relaciones fue una desventaja percibida entre los participantes, mientras que en el componente cuantitativo este aspecto no estuvo claro, pero sí lo estuvo el hecho de que “a los hombres no les gusta usar condón”.

Sobre los preservativos femeninos, vale notar que la dificultad de uso percibida para este MAC es un tema importante que posiblemente explica valores bajos de preferencia. En el componente cuantitativo, la mayoría de encuestados dijo no saber si son o no fáciles de usar, mientras que en el componente cualitativo quedó claro que su forma resulta compleja y son percibidos como difíciles de usar.

Los dispositivos intrauterinos (DIU) fueron el MAC menos conocido por los participantes de ambos componentes del estudio; también están entre los menos utilizados. En el componente cuantitativo, es el MAC sobre el que menos se expresó percepciones, mientras que en el componente cualitativo su efectividad fue debatida, a la vez que se expresó la percepción sobre su capacidad de dañar al pene durante las relaciones sexuales.

Las principales percepciones sobre la AOE son que su uso puede llevar a la esterilidad si es que va más allá de dos o tres veces por año, y que se considera un MAC efectivo. Quienes participaron en el componente cualitativo, la perciben como uno de los MAC más usados, después del preservativo y el implante.

La anticoncepción oral (píldora anticonceptiva) fue el MAC menos preferido por los encuestados de ambos sexos. Tanto en el componente cuantitativo como en el cualitativo se reconoció la complejidad de su uso diario como desventaja; en la encuesta fue descrita como “algo efectiva”. Además, en el componente cualitativo se destacó su asociación a efectos negativos como aumento de peso.

Los conocimientos sobre cada tipo de MAC fueron mejor explorados a través del componente cuantitativo del estudio que reveló vacíos o brechas importantes, por ejemplo, en el conocimiento sobre la capacidad de los diferentes tipos de MAC para proteger de ITS. Es claro que se reconoce esta capacidad en el condón masculino y, en menor medida, en el condón

femenino. Sin embargo, un porcentaje alto de encuestados dijo no saber si todos los MAC protegen de ITS o que en efecto todos lo hacen. Este error se reafirmó cuando seleccionaron la protección de ITS entre las razones para preferir el implante, o cuando indicaron que la AOE protege de ITS.

Hay vacíos en conocimientos que alcanzan incluso a los MAC que los participantes dijeron conocer más, es decir, los preservativos masculinos: cantidades no pequeñas de adolescentes piensan que son 100% efectivos para prevenir embarazos o que es recomendable usar dos preservativos al mismo tiempo. Asimismo, llama la atención que altos porcentajes de adolescentes consideren que la píldora anticonceptiva se debe tomar solo los días en que se tienen relaciones sexuales, y que porcentajes considerables expresen no saber el tiempo máximo que puede pasar después de relaciones sexuales sin protección para que la AOE reduzca el riesgo de embarazo.

En lo que respecta al acceso a MAC, el estudio revela que los establecimientos de salud se perciben como el principal lugar donde la población adolescente obtiene MAC, lo cual en parte puede deberse a la gratuidad de los métodos y a la presencia de dispensadores de condones, como señalan los hallazgos del componente cualitativo. Sin embargo, esta percepción también podría estar matizada por la relación cercana de los encuestados con los centros de salud del MSP. De igual manera, los altos porcentajes de adolescentes encuestados que reportaron haber acudido a una consulta de SSSR pueden responder al hecho de que los adolescentes regularmente acuden a los establecimientos de salud como parte de las actividades de los clubes y, consecuentemente, quizás confunden esas visitas con consultas personales sobre SSSR. Esto tendría mayor asidero si consideramos que en el componente cualitativo la gran mayoría de entrevistados y participantes de grupos focales dijo nunca haber acudido a una consulta de SSSR, a la vez que manifestaron que es poco común que sus pares acudan.

Si bien los participantes consideraron mayoritariamente que la obtención de los MAC es fácil, cabe preguntarse en qué medida esto se traduce efectivamente en obtención de MAC, pues ambos componentes del estudio identificaron claramente que los adolescentes perciben barreras de acceso, principalmente la vergüenza, sustentada en normas socioculturales que desapruaban las relaciones sexuales y el uso de MAC entre adolescentes en función de su edad. En este sentido, los grupos focales fueron un espacio para explicar, por ejemplo, que, aunque la obtención de MAC puede ser considerada fácil en general, no lo es igualmente para ambos sexos: las adolescentes mujeres experimentan más vergüenza y, por ende, dificultad para acceder a MAC en sus localidades.

La vergüenza también se identificó como la principal barrera para acceder a consultas de SSSR y, de acuerdo a los hallazgos del componente cualitativo, es un factor que estaría estrechamente vinculado a una percepción de falta de privacidad y/o confidencialidad en los establecimientos de salud. La posibilidad de que los profesionales de salud puedan informar a los padres y madres sobre las consultas hechas, o de que personas conocidas vean a los adolescentes haciendo estas consultas, son razones de peso para que eviten la búsqueda de atención en SSSR.

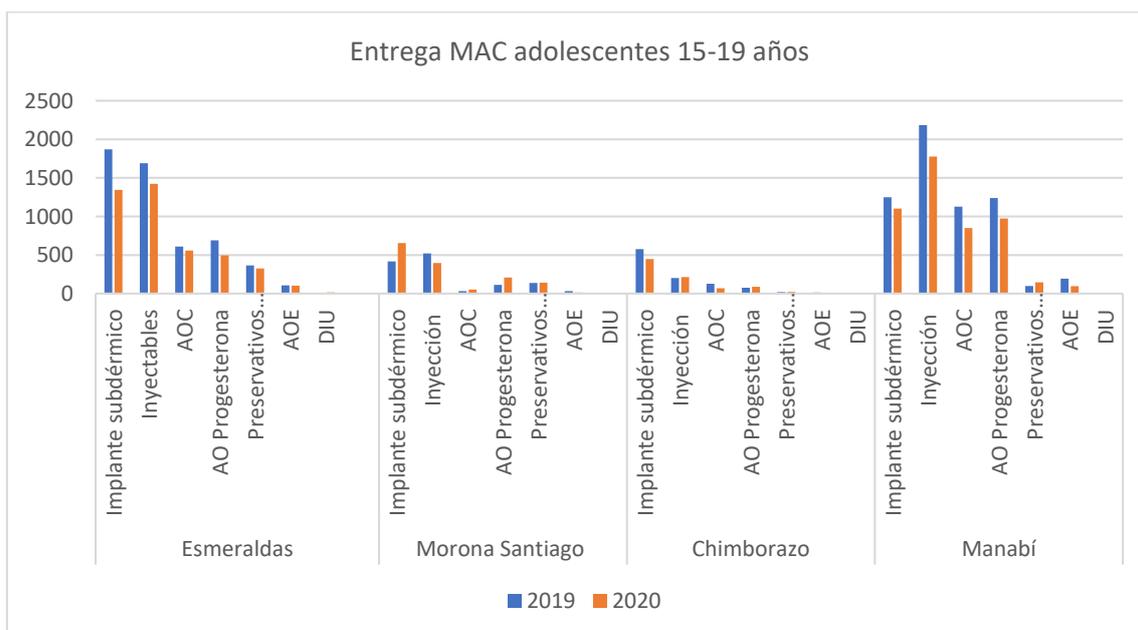
Consecuentemente, en ambos componentes del estudio se destacaron como aspectos deseables de los servicios de SSSR la privacidad, confidencialidad, el no ser juzgado y el trato amable.

Para concluir, cabe reiterar que el estudio identificó un rango muy limitado de MAC conocidos, utilizados y preferidos por la población adolescente participante, particularmente entre los adolescentes hombres y el grupo de menor edad. Los métodos preferidos y más usados, es decir, los preservativos masculinos e implantes, son también los métodos que se perciben como “más conocidos” y aquellos con los cuales las y los adolescentes están más familiarizados. Asimismo, el preservativo, se percibe como un método muy fácil de obtener y está entre los pocos que se pueden conseguir gratuitamente y sin necesidad de consulta o receta médica. Lo anterior es indicativo de que el acceso y conocimiento de MAC, si bien no son los únicos factores que informan el uso y preferencia de anticoncepción entre los adolescentes, sí son factores de importancia en estos procesos. Trabajar en las barreras que existen alrededor de cada uno de estos ámbitos, así como en otras barreras, por ejemplo, las normas socioculturales restrictivas, con base en los hallazgos pormenorizados aquí presentados, puede aportar a ampliar el abanico de métodos usados por la población adolescente y satisfacer las necesidades de anticoncepción identificadas.

16. Entrega de MAC en establecimientos del MSP

A continuación, se presentan datos de entrega de métodos anticonceptivos modernos a adolescentes durante consultas en establecimientos del MSP para las provincias priorizadas por el estudio y de acuerdo a grupos de edad.

Gráfico 45. MAC entregados a adolescentes 15-19 años en establecimientos MSP (2019 y 2020)

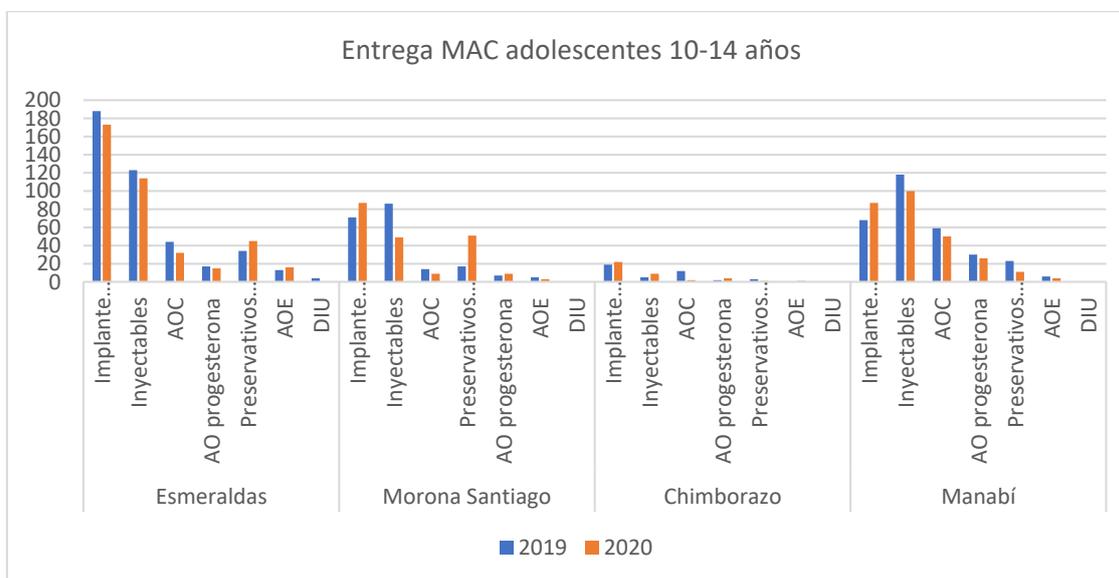


Fuente: Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA 1.6 y RDACAA 2.0) y Plataforma de registro en atenciones de salud (PRAS). Dirección Nacional de Estadísticas y Análisis de Información de Salud – DNEAIS.

Tabla 18. MAC entregados a adolescentes 15-19 años en establecimientos MSP (2019 y 2020)

MAC	Esmeraldas		Morona Santiago		Chimborazo		Manabí	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Implante subdérmico	1871	1344	417	655	577	448	1250	1103
Inyectables	1691	1424	521	396	202	215	2184	1777
Anticonceptivo oral combinado	610	559	33	53	127	69	1128	850
Anticonceptivo oral progesterona	691	496	114	209	76	89	1239	975
Preservativos masculinos	366	327	137	143	19	22	99	146
AOE	106	102	33	14	14	6	193	96
DIU	8	16	3	0	1	1	3	1

Gráfico 46. MAC entregados a adolescentes 10-14 años en establecimientos MSP (2019 y 2020)



Fuente: Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA 1.6 y RDACAA 2.0) y Plataforma de registro en atenciones de salud (PRAS). Dirección Nacional de Estadísticas y Análisis de Información de Salud – DNEAIS.

Tabla 19. MAC entregados a adolescentes 10-14 años en establecimientos MSP (2019 y 2020)

MAC	Esmeraldas		Morona Santiago		Chimborazo		Manabí	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Implante subdérmico	188	173	71	87	19	22	68	87
Inyectables	123	114	86	49	5	9	118	100
Anticonceptivo oral combinado	44	32	14	9	12	2	59	50
Anticonceptivo oral progesterona	17	15	7	9	2	4	30	26
Preservativos masculinos	34	45	17	51	3	1	23	11
AOE	13	16	5	3	0	1	6	4
DIU	4	0	0	0	0	0	0	0

Como se puede observar, en las provincias de Esmeraldas, Morona Santiago y Chimborazo, los implantes subdérmicos y los inyectables figuran entre los métodos más entregados a ambos grupos de edad; asimismo, el DIU constituye el método menos entregado a ambos grupos.

En la provincia de Manabí, y para el grupo de 15-19 años, los inyectables son el método más entregado, mientras que los anticonceptivos orales combinados (AOC) y los anticonceptivos orales de progesterona se entregan en cantidades similares a los implantes. Algo similar sucede con el grupo de 10-14 años.

Al contrastar estos datos con la información del estudio realizado lo primero que se puede notar es que los preservativos masculinos, que fueron el MAC más usado y preferido por los participantes, constan entre los MAC menos entregados en los establecimientos de salud del MSP. Es posible que la poca entrega de preservativos registrada se relacione al hecho de que este MAC se distribuye también de forma gratuita a través de los dispensadores ubicados al interior de los establecimientos sin que medie un registro de entrega a cada usuario/a; sin embargo, no se descarta que la situación esté vinculada también a desabastecimiento de este MAC o a su poca oferta durante las consultas de anticoncepción.

Siguiendo con la comparación entre datos proporcionados por el MSP y datos del estudio, es posible establecer una similitud entre la entrega prioritaria de implantes subdérmicos en tres de las cuatro provincias y la preferencia mayoritaria por este MAC expresada por las adolescentes mujeres de 15-19 años, quienes también manifestaron usar este método como segunda opción luego de los preservativos. La entrega significativa de inyectables, especialmente en Manabí, no es un dato particularmente reflejado en los resultados del estudio, sin embargo, hay que reiterar que las participantes encuestadas de 15-19 años reconocieron este MAC como una tercera opción de preferencia (luego de los preservativos masculinos y los implantes), y los resultados del componente cualitativo también lo colocaron como una tercera opción. Los DIU son tanto los MAC menos entregados por el MSP, como los MAC menos preferidos y menos utilizados de acuerdo al estudio.

17. Recomendaciones para mejorar el acceso a MAC entre adolescentes

Los hallazgos del estudio respecto a preferencias y percepciones sobre MAC de adolescentes constituyen la base para generar las siguientes recomendaciones que orienten estrategias de mejora de la demanda, acceso y uso de MAC entre la población adolescente atendida en los establecimientos de salud del MSP. Estas recomendaciones se distribuyen en tres ámbitos señalados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como elementales para aumentar el uso de anticoncepción moderna entre adolescentes en riesgo de un embarazo no planificado(18): a) intervenciones para mejorar la prestación de servicios de anticoncepción y SSSR de calidad; b) información y educación sobre MAC, y c) intervenciones para que los miembros de la comunidad apoyen el acceso de adolescentes a la anticoncepción.

- La preferencia de adolescentes mujeres de 15 a 19 años por los implantes subdérmicos, acompañada de bajos niveles de uso del método en este grupo, apunta a la necesidad de mejorar y garantizar la disponibilidad y stock de este MAC, reconociendo, además, que esta opción anticonceptiva es respaldada de forma consensuada por organismos que trabajan en el campo de la SSSR(19), quienes recomiendan el uso de los anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC por sus siglas en inglés) entre la población adolescente en virtud de su seguridad y alta efectividad para prevenir embarazos, y dado que los anticonceptivos de corta duración suelen tener tasas más bajas de uso adecuado y continuidad dentro de este grupo etario; adicionalmente, el uso de LARC puede ser privado y discreto, lo cual suele constituir un tema de preocupación para las y los adolescentes.
- Dado que la efectividad para prevenir embarazos figuró entre las cualidades de los MAC más valoradas por los participantes del estudio para determinar su uso o preferencia de anticoncepción, se recomienda que los servicios de asesoría expandan y optimicen la entrega de información sobre la efectividad de cada tipo de MAC. La OMS(20), por ejemplo, ha propuesto un enfoque de consejería de acuerdo a una escala de efectividad de los métodos que toma en cuenta el uso habitual por parte de los usuarios/as. Así, los métodos reversibles de larga duración y los métodos quirúrgicos se definen como muy efectivos, pues requieren poca o ninguna acción por parte de los usuarios/as, mientras que los preservativos se consideran moderadamente efectivos.
- La entrega de información optimizada sobre efectividad de los MAC contribuirá a despejar ideas erradas sobre el tema identificadas en el estudio, por ejemplo, una sobrevaloración de la efectividad de los preservativos masculinos, así como una limitada efectividad de los DIU. Como señalan estudios al respecto(21,22), la asesoría sobre efectividad debe entregarse sin direccionar las elecciones anticonceptivas, sino desde un enfoque de derechos centrado en el usuario/a, que respete sus perspectivas y preferencias, y que promueva el uso de preservativos para la prevención de ITS a la par de cualquier elección anticonceptiva informada.
- La preferencia mayoritaria de las y los adolescentes que participaron en el estudio por los preservativos masculinos sugiere la necesidad de garantizar que este MAC se oferte de manera consistente y se prevenga su desabastecimiento, sobre todo si tomamos en

cuenta los bajos niveles de entrega registrados para este MAC durante las consultas de anticoncepción –mencionados en la sección anterior–, así como el imperativo de ofrecer protección dual para la prevención de ITS.

- El poco conocimiento de los participantes del estudio sobre la mayoría de MAC, detectado particularmente entre las y los adolescentes de 10-14 años, así como el poco uso y preferencia por diversos tipos de MAC en general, señalan la necesidad de mejorar la información y conocimiento basado en evidencia sobre cada opción anticonceptiva disponible con el fin que la elección de anticoncepción provenga de un rango amplio y no limitado de métodos, tal como señalan los lineamientos de la OMS para garantizar servicios de anticoncepción de calidad(23). Esta disponibilidad mejorada de información y conocimiento sobre los diferentes MAC debe darse tanto al interior de la consulta, como en los espacios participativos donde pueden fortalecerse acciones en marcha y/o considerarse alternativas (uso redes sociales y otros recursos mediáticos, la educación/consejería entre pares, actividades de información, educación, comunicación (IEC), etc.)
- Además de centrarse en ampliar la información sobre cada MAC disponible, sus características y forma de uso, se sugiere que las iniciativas para mejorar la información/conocimientos subsanen vacíos importantes de conocimiento detectados (p. ej., desconocimiento de la protección contra ITS que brinda cada tipo de MAC o el periodo de tiempo máximo en que la AOE puede utilizarse), a la vez que contribuyan a despejar concepciones erradas o mitos identificados sobre MAC específicos (p. ej., la idea de que el implante subdérmico requiere evitar actividades donde las usuarias usarán la fuerza de sus brazos; la noción de que el uso prolongado de ciertos MAC, sobre todo la AOE, genera esterilidad; la percepción de que el DIU puede dañar el pene durante las relaciones sexuales).
- La principal barrera identificada para acceder a la anticoncepción moderna fue la vergüenza debida a normas culturales que desapruaban la actividad sexual y uso de anticoncepción entre adolescentes; como tal, afecta tanto la demanda de MAC entre los adolescentes como la oferta de servicios de salud amigables de calidad para este grupo poblacional y, por ende, requiere de estrategias en ambos espacios.
- A nivel de la oferta de servicios de SSSR, la vergüenza y las normas sociales restrictivas demandan mejorar la capacidad de los servicios de ofrecer atención con privacidad y confidencialidad. En este sentido, se recomienda reforzar o revisar las estrategias en marcha para garantizar confidencialidad y privacidad en la atención, incluyendo la sensibilización y capacitación a proveedores y al personal no médico, así como los procedimientos realizados antes, durante y después de las consultas con este fin (p. ej., que los proveedores reiteren a las usuarias/os el carácter confidencial de la atención y expliquen el significado y alcance de dicha confidencialidad).
- El atender las necesidades de confidencialidad y privacidad expresadas por los participantes del estudio, puede beneficiarse de una estrategia participativa, en la cual se diagnostiquen y diseñen intervenciones conjuntamente con el grupo meta. Estas iniciativas pueden profundizar en preocupaciones concretas expresadas, p. ej. el ser vistos por otros miembros de la comunidad durante las consultas, o las dificultades de

uso de dispensadores de preservativos, que parecen afectar más a las adolescentes mujeres, y buscar alternativas de solución para ofrecer privacidad.

- La necesidad de atención amable y libre de juicios de valor por parte de los proveedores de salud también requiere sensibilizar y capacitar al personal de los establecimientos de salud para evitar sesgos que obstaculizan la entrega de servicios de calidad y que suelen centrarse en aspectos como la edad de los usuarios/as, estado marital, paridad, entre otros(24). Idealmente se debe emplear un enfoque de apoyo al cambio y no de asignación de culpa, y reconocer que las actitudes y perspectivas de los proveedores a menudo responden a normas y valores socioculturales que demandan enfoques más integrales de cambio comportamental(24). Así enfocadas, las estrategias para solucionar sesgos del personal de salud pueden atender preocupaciones expresadas en el estudio y otras similares, p. ej., la posibilidad de que los proveedores de salud cuestionen el uso de servicios de anticoncepción entre usuarias que no tienen pareja o no son sexualmente activas, o la posibilidad de que los proveedores asuman que las usuarias acuden a los servicios porque están embarazadas.
- A nivel de la demanda de MAC, las normas sociales restrictivas que generan vergüenza y afectan la capacidad de los adolescentes de buscar anticoncepción, sugieren la necesidad de implementar estrategias comunitarias que aumenten la aceptabilidad de la sociedad o de los miembros de la comunidad respecto al uso de anticoncepción entre adolescentes y que generen ambientes favorables. Las iniciativas usadas en otros lugares con este fin incluyen campañas mediáticas, diálogos comunitarios, actividades con padres de familia/representantes, entre otras(25,26).
- A su vez, dado que los patrones culturales restrictivos y los roles de género tradicionales afectan de manera especial el acceso a anticoncepción de las adolescentes mujeres, es recomendable que las estrategias de trabajo participativo ya desplegadas por los clubes de adolescentes dediquen especial atención a este tema, promoviendo el conocimiento y ejercicio de derechos de las adolescentes mujeres, así como su agencia o capacidad de acción y poder de decisión en temas de SSSR.
- Finalmente, es importante considerar que los resultados que forman la base de estas recomendaciones provienen de una muestra de adolescentes que son parte de clubes de adolescentes del MSP y que por lo mismo están beneficiados con mayor acceso que otros a educación e información sobre MAC y SSSR. Por ello es probable que los niveles de desinformación y de barreras al conocimiento, acceso y utilización de MAC entre la población de adolescentes que no pertenecen a clubes, sea mayor.

REFERENCIAS

1. Constitución de la República del Ecuador [Internet]. Asamblea Nacional. República del Ecuador; 2008 [citado 16 de agosto de 2021]. Disponible en: https://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_d_e_bolsillo.pdf
2. Ministerio de Salud Pública, et al. Política Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes 2018– 2025. [Internet]. 2018 [citado 19 de agosto de 2021]. Disponible en: https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Politica_Interseccional%20%282%29.pdf
3. Organización Panamericana de la Salud. Términos de Referencia. Estudio percepciones y/o preferencias en el uso de métodos anticonceptivos modernos (MAC) en hombres y mujeres adolescentes de 10 a 19 años de edad.
4. Ministerio de Salud Pública. Propuesta de reactivación y fortalecimiento de los Clubes de Adolescentes.
5. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Estadísticas Vitales. Registro Estadístico de Nacidos Vivos y Defunciones Fetales 2020. [Internet]. s/f. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Nacidos_vivos_y_def_fetales_2020/Principales_resultados_ENV_EDF_2020.pdf
6. Freire W, Belmont P, Rivas-Mariño G, Ramírez-Luzuriaga MJ, Silva-Jaramillo K. Tomo II. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Salud Sexual y Reproductiva. ENSANUT-ECU 2012. Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadística y Censos. Quito: INEC; 2015.
7. Mejía Gómez ML, Montoya Chica P, Blanco Rojas AJ, Mesa ML, Moreno Lopez DJ, Pachecho Sánchez CI. Barreras para el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de la salud: propuesta para su identificación y superación. Documento regional - 2010. Colombia: Comité regional andino para la prevención del embarazo en adolescentes; 2010.
8. Sadler M, Obach A, Luengo X, Biggs A. Estudio Barreras de Acceso a los Servicios de Salud para la Prevención del Embarazo Adolescente en Chile. 2011 [citado 22 de agosto de 2021]; Disponible en: <http://rgdoi.net/10.13140/RG.2.1.3968.6889>
9. González EA, Breme P, González DA, Molina TG, Leal IF. Determinantes en la elección de anticonceptivos en adolescentes consultantes en un centro de atención de salud sexual y reproductiva. Rev Chil Obstet Ginecol. diciembre de 2017;82(6):692-705.
10. Frost JJ, Darroch JE. Factors Associated with Contraceptive Choice and Inconsistent Method Use, United States, 2004. Perspect Sex Reprod Health. junio de 2008;40(2):94-104.
11. Ministerio de Salud Pública. Instructivo de Implementación del reglamento para regular el acceso a métodos anticonceptivos - Acuerdo Ministerial 2490 [Internet]. MSP. Dirección Nacional de Normatización; 2014. Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/arc>

hivos/instructivo_de_implementaci%C3%B3n_del_acuerdo_ministerial_2490_aprobado.pdf

12. Unfpa. Facing the Facts: Adolescent Girls and Contraception [Internet]. 2016. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/UNFPA_Adolescent_brochure.pdf
13. Guttmacher Institute. Adding It Up: Costs and Benefits of Meeting Contraceptive Needs of Adolescents [Internet]. 2017. Disponible en: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/adding-it-up-adolescents-report.pdf
14. Bharadwaj P, Akintomide H, Brima N, Copas A, D'Souza R. Determinants of long-acting reversible contraceptive (LARC) use by adolescent girls and young women. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. agosto de 2012;17(4):298-306.
15. Walker AW, Stern L, Cipres D, Rodriguez A, Alvarez J, Seidman D. Do Adolescent Women's Contraceptive Preferences Predict Method Use and Satisfaction? A Survey of Northern California Family Planning Clients. *J Adolesc Health*. mayo de 2019;64(5):640-7.
16. Severino-Vergara A, Velásquez-Muñoz A, Rivera-Marin J, González-Araya E. Anticoncepción en la adolescencia: motivaciones, elecciones y educación sanitaria en un centro de medicina reproductiva de Chile. *Matronas Prof*. 2017;18(4):144-51.
17. Sanchez EK, McGuire C, Calhoun LM, Hainsworth G, Speizer IS. Influences on Contraceptive Method Choice Among Adolescent Women across Urban Centers in Nigeria: A Qualitative Study [Internet]. In Review; 2020 oct [citado 17 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.researchsquare.com/article/rs-25691/v2>
18. World Health Organization. WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive health outcomes among adolescents in developing countries. 2011 [citado 9 de enero de 2022]; Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44691>
19. Pathfinder International; Evidence 2 action; PSI; Marie Stopes International; FHI 360. Global consensus statement for expanding contraceptive choice for adolescents and youth to include long-acting reversible contraception [Internet]. 2015. Disponible en: <https://fp2030.org/sites/default/files/Global%20Consensus%20Statement%20-%20Expanding%20Contraceptive%20Choice.pdf>
20. World Health Organisation (Geneva) D of RH and R, Johns Hopkins Center for Communication Programs K for H, United States Agency for International Development (Washington DC). B for GH, Office of Population and Reproductive Health. Family planning a global handbook for providers: evidence-based guidance developed through worldwide collaboration. Geneva: World Health Organization; 2018.
21. Brandi K, Fuentes L. The history of tiered-effectiveness contraceptive counseling and the importance of patient-centered family planning care. *Am J Obstet Gynecol*. abril de 2020;222(4):S873-7.
22. Stanback J, Steiner M, Dorflinger L, Solo J, Cates W. WHO Tiered-Effectiveness Counseling Is Rights-Based Family Planning. *Glob Health Sci Pract*. 12 de agosto de 2015;3(3):352-7.

23. World Health Organization. Selected practice recommendations for contraceptive use [Internet]. 3rd ed. Geneva: World Health Organization; 2016 [citado 6 de enero de 2022]. 72 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252267>
24. Solo J, Festin M. Provider Bias in Family Planning Services: A Review of Its Meaning and Manifestations. *Glob Health Sci Pract*. 23 de septiembre de 2019;7(3):371-85.
25. Gottschalk LB, Ortayli N. Interventions to improve adolescents' contraceptive behaviors in low- and middle-income countries: a review of the evidence base. *Contraception*. 1 de septiembre de 2014;90(3):211-25.
26. Community Pathways to Improved Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Conceptual Framework and Suggested Outcome Indicators. Washington, DC and New York, NY: Inter-Agency Working Group (IAWG) on the Role of Community Involvement in ASRH; 2007 dic p. 42.

ANEXOS

Anexo 1

Cuestionario de encuesta en línea sobre Métodos Anticonceptivos Modernos (MAC) (Grupo 15-19 años)

Gracias por haber accedido a participar de esta encuesta.

A través de esta encuesta queremos conocer tus opiniones sobre temas relacionados a la salud sexual de los adolescentes y su uso de métodos anticonceptivos, lo que nos ayudarán a entender cómo mejorar los servicios de salud.

Recuerda que no hay respuestas correctas o incorrectas y lo importante es que sientas que puedes compartir tus puntos de vista libremente.

El cuestionario es confidencial (nadie sabrá lo que contestaste) y anónimo (no debes colocar tu nombre). No es necesario que contestes todas las preguntas si no deseas.

Por favor lee detenidamente las preguntas antes de seleccionar tu respuesta. Estimamos que contestar el cuestionario te llevará aproximadamente 40 minutos. Llena toda la encuesta una sola vez, por favor.

No.	Preguntas	Opciones de respuesta	Salto
A. DATOS DEMOGRÁFICOS			
Para comenzar, estas son algunas preguntas para conocer un poco sobre ti y tu entorno.			
A1.	¿Cuál es tu sexo?	Masculino Femenino	
A2.	¿Cuál de los siguientes términos describe mejor tu identidad de género?	Mujer Hombre No me identifico como mujer u hombre Transgénero femenino/mujer trans Transgénero masculino/hombre trans Otra opción (especifica) Aún no lo sé Prefiero no contestar	
A3.	¿Cuántos años cumplidos tienes?		
A4.	¿En qué país naciste?	Ecuador Otro país (especifica cuál)	Ecuador: Salto
A5.	¿Hace cuánto tiempo vives en Ecuador?		
A6.	¿Cómo te autoidentificas?	Indígena Kichwa Chachi Épera Awá Tsa'chila Siona Secoya Cofán Andoa Achuar Shuar Waorani Sapara Shiwiar Huancavilca	

		Afrodescendiente Negro/a Montuvio/a Mestizo/a Blanco/a Otro (especifique) No sé	
A7.	¿En qué idioma te comunicas habitualmente con los miembros de tu hogar?	Kichwa Español Otro idioma ancestral (especifica cuál)	
A8.	¿Pertenece a una cultura urbana?	Sí (especifica cuál) No	
A9.	¿En qué cantón vives?		
A10.	¿Actualmente asistes a la escuela o colegio?	Sí No	
A11.	¿Cuál es el último año que aprobaste de educación básica o bachillerato?	Educación Básica 5to. año 6to. año 7mo. año 8avo. año 9no. año 10mo. año Bachillerato 1er. año 2do. año 3er. año	
A12.	¿Con quién vives actualmente?	Padres y hermanos Otros familiares Pareja Amistades Otro (especifique)	
A13.	¿Cuál es tu estado civil?	Soltera/o Casada/o En unión libre Otro (especifique)	
A14.	¿Tienes hijos?	Sí No	No: salto
A15.	¿Cuántos hijos tienes?		
A16.	¿A qué edad tuviste tu(s) hijo(s)?		
B. CONOCIMIENTOS Y FUENTES DE INFORMACIÓN SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS MODERNOS (MAC)			
Vamos a continuar con algunas preguntas sobre los métodos anticonceptivos, la información disponible al respecto y lo que conoces del tema.			
B1.	¿De dónde generalmente obtienes información sobre salud y sexualidad (p. ej. cambios corporales en la pubertad, relaciones sexuales, embarazo, etc.)? (Puedes elegir más de uno)	Amistades Internet o redes sociales Televisión, cine, revistas Padre o madre Otros familiares Colegio/escuela Establecimiento de salud No puedo obtener información de ninguna parte Otro (especifique)	

B2.	¿Has recibido alguna vez información sobre métodos anticonceptivos?	Sí No	No: salto
B3.	¿Dónde o de quién obtuviste esta información? (Seleccionar todos los que apliquen)	Internet o redes sociales Televisión, cine, revistas Amistades Padre o madre Otros familiares Colegio/escuela Establecimiento de salud Otro (especifique)	
B4.	¿Qué métodos anticonceptivos conoces? (Seleccionar todos los que apliquen)	Condomes masculinos Condomes femeninos Dispositivo intrauterino (DIU) o T de Cobre Píldora anticonceptiva Inyección Implante subdérmico Anticoncepción de emergencia o píldora del día después Otro (especifique) Ninguno	
B5.	¿Cuáles son las funciones de los métodos anticonceptivos? (Seleccionar todos los que apliquen)	Evitar el embarazo no deseado Tratamiento de ciertas enfermedades (de origen hormonal) Evitar el contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS) No sé Otro (especifica)	
B6.	¿En tu opinión, todos los métodos anticonceptivos protegen del contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS)?	Sí No No sé	
B7.	¿Cuál es el método anticonceptivo del que crees saber MÁS ?	Condomes masculinos Condomes femeninos Dispositivo intrauterino (DIU) o T de Cobre Píldora anticonceptiva Inyección Implante subdérmico Anticoncepción de emergencia o píldora del día después Otro (especifique) Ninguno	
B8.	¿Cuál es el método anticonceptivo del que crees saber MENOS ?	Condomes masculinos Condomes femeninos Dispositivo intrauterino (DIU) o T de Cobre Píldora anticonceptiva Inyección Implante subdérmico Anticoncepción de emergencia o píldora del día después Otro (especifique) Ninguno	
B9.	¿En tu opinión, qué método anticonceptivo protege de embarazo y de infecciones de transmisión sexual al mismo tiempo?	Condomes masculinos Condomes femeninos Dispositivo intrauterino (DIU) o T de Cobre Píldora anticonceptiva Inyección Implante subdérmico	

	(Seleccionar todos los que apliquen)	Anticoncepción de emergencia o píldora del día después Otro (especifique) No sé	
B10.	¿Para qué se usa la píldora anticonceptiva de emergencia o píldora del día después? (Seleccionar todos los que apliquen)	Para terminar el embarazo Para evitar embarazos después de relaciones sexuales sin protección Para proteger de infecciones de transmisión sexual (ITS) No he escuchado sobre la píldora anticonceptiva de emergencia Otro (específica) No sé	
B11.	Después de haber tenido relaciones sexuales, ¿Hasta cuánto tiempo puede pasar para que la píldora anticonceptiva de emergencia sea efectiva?	24 horas 48 horas 72 horas 96 horas No sé	
B12.	Por favor, indica si las siguientes afirmaciones sobre el condón masculino son verdaderas.	Los condones se pueden reutilizar. Los condones protegen de la mayoría de infecciones de transmisión sexual (ITS). Los condones son 100% efectivos para prevenir el embarazo. No es necesario usar un condón si estoy usando otro método anticonceptivo. Usar doble condón es más efectivo para prevenir un embarazo.	
B13.	Por favor, indica si las siguientes afirmaciones sobre la píldora anticonceptiva son verdaderas.	La píldora se debe tomar solo los días en que se tienen relaciones sexuales. La píldora protege de infecciones de transmisión sexual (ITS). No hay riesgo de embarazo si se olvida tomar la píldora por más de dos días. Tomar ciertos medicamentos puede hacer que la píldora sea menos efectiva.	
C. USO Y PREFERENCIA DE MAC			
Las siguientes preguntas tratan sobre tu sexualidad y tus preferencias al usar anticonceptivos. Aunque es un tema privado, la información que puedas compartir será valiosa para comprender mejor las necesidades y preocupaciones de los adolescentes. Siéntete libre de contestar, pues tus respuestas son anónimas y confidenciales.			
C1.	¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales?	Sí No	No: salto
C2.	¿Alguna vez has usado un método anticonceptivo?	Sí No	Sí: salto
C3.	¿Cuál es tu motivación para no usar un método anticonceptivo? (Seleccionar todos los que apliquen)	No tengo relaciones sexuales muy a menudo No pienso que pueda quedar embarazada, o que mi pareja pueda quedar embarazada No me preocupa ese tema Es difícil obtener anticonceptivos Mi pareja no quiere usar anticonceptivos Tengo vergüenza de buscar anticonceptivos Falta de dinero para comprar anticonceptivos Temor de posibles efectos negativos de los anticonceptivos No tengo información sobre los anticonceptivos	

		Deseo tener un hijo/a Otro (especifique)	
C4.	¿Cuál es tu principal motivación para usar un método anticonceptivo?	Prevenir un embarazo Prevenir una infección de transmisión sexual (ITS) Regular los ciclos menstruales Otro (especifique)	
C5.	¿Cuál de los siguientes métodos anticonceptivos has usado? (Seleccionar todos los que apliquen)	Condomes masculinos Condomes femeninos Dispositivo Intrauterino (DIU) o T de Cobre Píldora anticonceptiva Inyección Implante subdérmico Anticoncepción de emergencia o píldora del día después Métodos tradicionales (ritmo; coito interrumpido o retiro; etc.) Otro (especifique)	
C6.	La última vez que tú o tu pareja usaron anticonceptivos, ¿qué método usaron?	Condón masculino Condón femenino Dispositivo Intrauterino (DIU) o T de Cobre Píldora anticonceptiva Inyección Implante subdérmico Anticoncepción de emergencia o píldora del día después Métodos tradicionales (ritmo; coito interrumpido o retiro; etc.) Otro (especifique)	
C7.	¿Qué te motivó a ti o a tu pareja a usar ese método anticonceptivo y no otros? (Seleccionar todos los que apliquen)	Es el único método que conozco Es el método más fácil de obtener Es el mejor método para prevenir el embarazo Lo recomendó el médico/profesional de salud Lo recomendaron mis amistades Mi pareja lo decidió Otro (especifique)	
C8.	¿Cómo fue tu experiencia al usar ese método anticonceptivo?	Muy bueno Bueno Regular Mala Muy mala	
C9.	¿Dónde obtuvieron el método anticonceptivo?	Farmacia privada Establecimiento de salud público Establecimiento de salud privado Tienda o supermercado Promotores de salud comunitarios Otro (especifique)	
C10.	¿En tus relaciones sexuales, quién suele decidir qué método anticonceptivo usar?	Yo lo decido Mi pareja lo decide Lo conversamos y decidimos juntos No conversamos sobre eso Otro (especifique)	
C11.	¿De entre todos los métodos anticonceptivos modernos que conoces, cuál es el que preferirías usar?	Condomes masculinos Condomes femeninos Píldora anticonceptiva Inyección Implante subdérmico Anticoncepción de emergencia o píldora del día después Otro (especifique)	Ninguno: salto

		Ninguno	
C12.	¿Por qué razón prefieres ese método anticonceptivo? (Seleccionar todos los que apliquen)	<ul style="list-style-type: none"> - Es efectivo para prevenir un embarazo - Es fácil de usar - Protege contra infecciones de transmisión sexual (ITS) - No interfiere el momento de las relaciones sexuales - Tiene menos efectos negativos (p. ej., aumento de peso, cambios en la menstruación) - Se puede usar sin que nadie lo note; es discreto - Regula los periodos menstruales - No se necesita ir a consulta o tener receta para obtenerlo - Es de bajo costo o gratuito - Protege contra el embarazo por largo tiempo - Mi pareja lo prefiere - Otro (especifique) 	
C13.	¿Cuánto crees que influye la opinión de las siguientes personas en tu preferencia de anticonceptivos? (Marca cada opción de 1 a 5 1. Nada 2. Un poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho)	<ul style="list-style-type: none"> Pareja Amistades Padres o familiares Profesionales de salud Profesores/as de colegio 	
C14.	¿Para ti cuáles son las cualidades más importantes al escoger un método anticonceptivo? (Escoje tres opciones)	<ul style="list-style-type: none"> Que sea efectivo para prevenir el embarazo Que no requiera consulta médica o receta Que sea fácil de usar Que sea de bajo costo o gratuito Que su uso sea discreto Que tenga pocos efectos secundarios (cambios peso, en la menstruación, estado de ánimo, etc.) Que proteja contra las infecciones de transmisión sexual (ITS) Que ofrezca protección por largo tiempo Que lo recomiende el profesional de salud Que lo recomienden conocidos/amistades 	
D. PERCEPCIONES SOBRE MAC			
Las siguientes preguntas buscan conocer tus opiniones o puntos de vista sobre los métodos anticonceptivos y su uso entre los adolescentes de manera general.			
D1.	¿En tu localidad, qué tan común crees que es que los adolescentes usen métodos anticonceptivos al tener relaciones sexuales?	<ul style="list-style-type: none"> Nada común Un poco común Algo común Bastante común Muy común 	

D2.	<p>¿Cuáles crees que son las principales razones por las que los adolescentes NO usan métodos anticonceptivos?</p> <p>Escoge tres razones.</p>	<p>Falta de apoyo familiar para usar anticonceptivos Vergüenza de comprar o buscar anticonceptivos Falta de dinero para comprar anticonceptivos No conocen sobre anticonceptivos No les preocupa el tema No les agrada usar anticonceptivos Otro (especifique)</p>	
D3.	<p>¿Entre los adolescentes que usan anticonceptivos en tu localidad, cuál crees que es el método que más usan?</p>	<p>Condomes masculinos Condomes femeninos Píldora anticonceptiva Inyección Implante subdérmico Anticoncepción de emergencia o píldora del día después Otro (especifique)</p>	
D4.	<p>Por favor, indica si estás o no de acuerdo con las siguientes afirmaciones.</p> <p>Marca “De Acuerdo” o “En Desacuerdo”.</p>	<p>-Los adolescentes de mi edad deben poder usar métodos anticonceptivos siempre que lo deseen. -Los adolescentes de mi edad son muy jóvenes y no deberían usar métodos anticonceptivos. -Los métodos anticonceptivos solo son para las parejas casadas. - Los adolescentes de mi edad que usan anticonceptivos son mal vistos por los demás.</p>	
D5.	<p>En general, ¿qué tan efectivos para prevenir el embarazo crees que son los siguientes métodos?</p> <p>(Marca cada opción de 1 a 5 1. Nada efectivos 2. Un poco efectivos 3. Algo efectivos 4. Bastante efectivos 5. Muy efectivos)</p>	<p>Condomes masculinos Condomes femeninos Píldora anticonceptiva Inyección Implante subdérmico Anticoncepción de emergencia o píldora del día después No sé</p>	
D6.	<p>¿Qué tan fácil de usar te parece que son los siguientes métodos anticonceptivos?</p> <p>(Marca cada opción de 1 a 5 1. Nada fácil 2. Un poco fácil 3. Algo fácil 4. Bastante fácil 5. Muy fácil)</p>	<p>Condomes masculinos Condomes femeninos Píldora anticonceptiva Inyección Implante subdérmico Anticoncepción de emergencia o píldora del día después No sé</p>	
D7.	<p>Por favor, indica si estás o no de acuerdo con las siguientes afirmaciones acerca de los condones masculinos.</p> <p>Marca “De Acuerdo” o “En Desacuerdo” o No sé</p>	<p>Los condones reducen el placer de las relaciones sexuales. Los condones son difíciles de usar. No es necesario usar condón si uno está en una relación de pareja estable. A la mayoría de los hombres no les gusta usar condones. A la mayoría de las mujeres no les gusta usar condones. Es fácil discutir el uso de condones con la pareja. Es vergonzoso comprar u obtener condones.</p>	

D8.	<p>Por favor, indica si estás o no de acuerdo con las siguientes afirmaciones acerca de las píldoras anticonceptivas.</p> <p>Marca “De Acuerdo” o “En Desacuerdo” o No sé.</p>	<p>La píldora es difícil de usar (hay que recordar todos los días).</p> <p>La píldora provoca aumento de peso y/u otros efectos en la mujer como acné.</p> <p>La píldora provoca cambios en el ciclo menstrual (p.ej. falta de menstruación, manchado, sangrado abundante y prolongado).</p> <p>La píldora causa cáncer en la mujer.</p> <p>La píldora hace difícil embarazarse en el futuro.</p> <p>La píldora provoca cambios en el estado de ánimo.</p> <p>La píldora es efectiva para prevenir el embarazo.</p> <p>La píldora es discreta; se puede usar sin que se note.</p>	
D9.	<p>Por favor, indica si estás o no de acuerdo con las siguientes afirmaciones acerca del DIU o T de Cobre.</p> <p>Marca “De Acuerdo” o “En Desacuerdo” o No sé.</p>	<p>El DIU solo puede usarse cuando ya se han tenido hijos.</p> <p>El DIU puede provocar daños o enfermedades en el útero.</p> <p>El DIU provoca cambios en el ciclo menstrual (p.ej. falta de menstruación, manchado, sangrado abundante y prolongado).</p> <p>El DIU hace difícil embarazarse en el futuro, si uno lo desea.</p> <p>El DIU es efectivo para prevenir el embarazo.</p> <p>El DIU es discreto; se puede usar sin que se note.</p>	
D10.	<p>Por favor, indica si estás o no de acuerdo con las siguientes afirmaciones acerca de los inyectables.</p> <p>Marca “De Acuerdo” o “En Desacuerdo” o No sé.</p>	<p>El inyectable es doloroso y deja marca en el sitio de la inyección.</p> <p>El inyectable provoca aumento de peso y/u otros efectos como acné.</p> <p>El inyectable provoca cambios en el ciclo menstrual (p.ej. falta de menstruación, manchado, sangrado abundante y prolongado).</p> <p>El inyectable hace difícil embarazarse en el futuro.</p> <p>El inyectable provoca cambios en el estado de ánimo.</p> <p>El inyectable es efectivo para prevenir el embarazo.</p> <p>El inyectable es discreto; se puede usar sin que se note.</p>	
D11.	<p>Por favor, indica si estás o no de acuerdo con las siguientes afirmaciones acerca de los implantes.</p> <p>Marca “De Acuerdo” o “En Desacuerdo” o No sé.</p>	<p>El implante provoca dolor o infecciones en el sitio donde se coloque.</p> <p>El implante provoca aumento de peso en la mujer.</p> <p>El implante causa cáncer.</p> <p>El implante provoca cambios en el estado de ánimo.</p> <p>El implante provoca cambios en el ciclo menstrual (p.ej. falta de menstruación, manchado, sangrado abundante y prolongado).</p> <p>El implante hace difícil embarazarse en el futuro, si uno lo desea.</p>	

		El implante es efectivo para prevenir el embarazo. El implante es discreto; se puede usar sin que se note.	
D12.	¿Cuál de los siguientes métodos anticonceptivos te parece mejor para ser usado por adolescentes? Escoge dos opciones.	Condomes masculinos Condomes femeninos Píldora anticonceptiva Inyección Implante subdérmico Anticoncepción de emergencia o píldora del día después Otro (especifique)	
D13.	Si tuvieras que imaginar un método anticonceptivo ideal para adolescentes, ¿cuáles son las cualidades o características más importantes que debería tener? Escoge tres cualidades.	Que sea efectivo para prevenir el embarazo Que no requiera consulta médica o receta Que sea fácil de usar Que sea de bajo costo o gratuito Que su uso sea discreto (que no se note su uso) Que tenga pocos efectos secundarios (cambios de peso, en la menstruación, en el estado de ánimo, etc.) Que proteja contra las infecciones de transmisión sexual (ITS) Que ofrezca protección por largo tiempo Que lo recomiende el profesional de salud Que lo recomienden conocidos/amistades	
E. ACCESO A MAC Y USO DE SERVICIOS DE SSSR			
En esta última sección, te preguntamos sobre el acceso a los métodos anticonceptivos y sobre los servicios de salud sexual que dan asesoría sobre anticoncepción.			
E1.	¿En tu localidad, a dónde generalmente acuden los adolescentes si quieren obtener algún método anticonceptivo? (Seleccionar todos los que apliquen)	Farmacia Establecimiento de salud público Establecimiento de salud privado Tiendas o supermercados Promotores de salud comunitarios Otro (especifique) No sé	
E2.	¿Qué tan fácil es para los adolescentes obtener métodos anticonceptivos en el lugar dónde vives?	Muy fácil Fácil Difícil Muy difícil	
E3.	¿Cuáles suelen ser los obstáculos que enfrentan los adolescentes para poder obtener métodos anticonceptivos? (Seleccionar todos los que apliquen)	El lugar donde se pueden obtener queda muy lejos Falta de dinero para comprar anticonceptivos Mal trato/reproches cuando se solicita anticonceptivos Falta de apoyo familiar para usar anticonceptivos Vergüenza de acudir al centro de salud o farmacia Horarios inconvenientes o largos tiempo de espera en centros de salud Otro (especifique)	

E4.	Si necesitaras consejo o recomendaciones sobre qué método anticonceptivo usar, ¿a quién acudirías?	Amistades Padre o madre Hermanos/familiares Profesionales de salud Profesores/as Otro (especifique)	
E5.	¿Alguna vez has ido a un establecimiento de salud para consultar sobre salud sexual o métodos anticonceptivos?	Sí No	No: salto
E6.	¿A qué lugar fuiste la última vez para consultar?	Establecimiento de salud público Establecimiento de salud privado Otro (especifique)	
E7.	Cuando fuiste, ¿pudiste resolver las necesidades de anticonceptivos y de información que tenías?	Sí No	
E8.	¿Por qué NO has acudido a consultar sobre salud sexual y anticonceptivos? (Puedes seleccionar más de uno)	No lo he necesitado Es difícil llegar al lugar donde puedo consultar Es vergonzoso ir a consulta Es difícil obtener un turno para consulta Otro (especifique)	
E9.	¿Te parece que los establecimientos de salud facilitan y ayudan a que vayan adolescentes para recibir anticonceptivos?	Sí No No sé	
E10.	¿Cuáles de las siguientes cualidades te parecen más importantes que tengan los servicios de salud sexual y métodos anticonceptivos para adolescentes? Escoge 3 cualidades.	Que haya privacidad durante la consulta Que el profesional de salud sea amable Que el profesional de salud no juzgue o reproche al adolescente Que la información compartida con el profesional de salud sea confidencial Que el adolescente reciba toda la información que necesita Que se obtenga rápidamente una cita para la consulta Que el adolescente pueda ir con su pareja o un amigo/a Que la cita sea en un horario conveniente	

Gracias por tomarte el tiempo de realizar esta encuesta virtual. Tus respuestas son valiosas e importantes. Si quisieras saber dónde obtener más información sobre temas que hemos hablado hoy, puedes acudir al líder de los servicios amigables para adolescentes del centro de salud o, si tienes preguntas sobre el estudio que estamos desarrollando, puedes contactarme a través de mi correo electrónico: hbpaula@yahoo.com

Anexo 2

Aprobación de la investigación emitida por la Coordinación General de Desarrollo Estratégico del
MSP

Ministerio de Salud Pública

Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud

Memorando Nro. MSP-CGDES-2021-0509-M

Quito, D.M., 24 de septiembre de 2021

PARA: Sr. Mgs. José Francisco Javier Vallejo Flores
Subsecretario Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad

ASUNTO: Solicitud de aprobación, para el desarrollo de investigaciones propuestas por el Proyecto de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes, con patrocinio de la OPS.

De mi consideración:

Con un cordial saludo, y en referencia al Memorando No. MSP-SNPSI-2021-1543-M en el que se solicita la aprobación para el desarrollo de investigaciones propuestas por el Proyecto de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes propuestas por estacartera de estado con el patrocinio de la Organización Panamericana de la Salud, me permito comentar que tras evaluar los proyectos:

- “Medición del grado de satisfacción de las usuarias niñas y adolescentes con respecto a la atención que recibieron durante sus controles, parto y postparto atendido en los principales establecimientos de salud de las provincias de Chimborazo, Morona Santiago, Esmeraldas y Manabí”. Septiembre-Noviembre del 2021. MSP/OPS, y
- “Preferencias y/o percepciones en el uso de métodos anticonceptivos modernos (MAC) en adolescentes de 10 a 19 años de edad en 4 provincias priorizadas durante el período 2021”

la Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud, haciendo uso de las atribuciones señaladas en el Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por procesos del Ministerio de Salud Pública, el mismo que señala en su Artículo 18, literal o: *"Aprobar los proyectos de investigación en salud, en el marco de los lineamientos y prioridades estratégicas del sector y en concordancia con la política emitida por el ente rector"*, resuelve **aprobar** los estudios antes mencionados considerando que forman parte de estrategias de mejora de calidad de la atención que se brinda en el marco de un proyecto prioritario de la Autoridad Sanitaria Nacional, particular que comunico para los fines consiguientes.

Con sentimientos de alta consideración y estima.

Atentamente,

Memorando Nro. MSP-CGDES-2021-0509-M

Quito, D.M., 24 de septiembre de 2021

Documento firmado electrónicamente

Espc. Aquiles Rodrigo Henríquez Trujillo
COORDINADOR GENERAL DE DESARROLLO ESTRATÉGICO EN SALUD

Referencias:

- MSP-SNPSI-2021-1543-M

Copia:

Srta. Dra. Katherine Lizeth Simbaña Rivera
Directora Nacional de Inteligencia de la Salud

Sra. Mgs. Mercedes Del Pilar Allauca Tierra
Analista del Proyecto de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes 3

Srta. Obst. Daniela Fernanda Lisintuña Jaguaco
Analista del Proyecto de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes 3

Srta. Med. María José Chasi Pesántez
Analista de Proyectos 3

Anexo 3

Registro fotográfico del trabajo de campo



Foto 1. Participantes del grupo focal del Club Horacio Hidrovo, Manabí



Foto 2. Grupo focal del Club Horacio Hidrovo, Manabí



Foto 3. Participantes del grupo focal del Club San Lorenzo, Esmeraldas.



Foto 4. Participantes del grupo focal del Club San Lorenzo, Esmeraldas.



Foto 5. Entrevista en Centro de Salud de Portoviejo



Foto 6. Participantes de grupo focal en Club Alausí, Chimborazo